

157
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Ulysse BOUSQUET

Né à Armissan (Aude), le 30 Octobre 1867

DE LA

GASTROSTOMIE

DANS LES

RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. TILLAUD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
RICARD et LEJARS, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

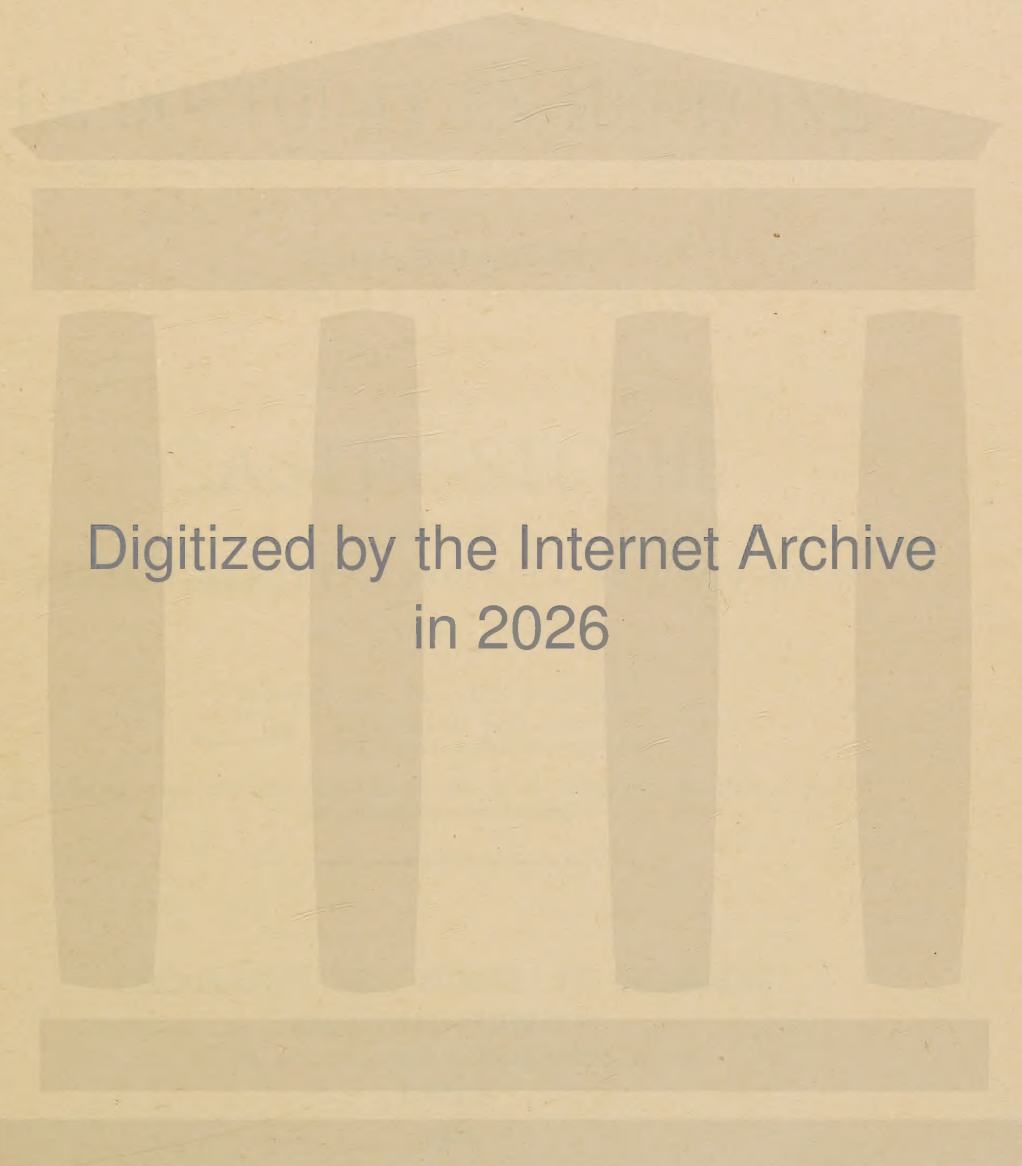
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0037

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Ulysse BOUSQUET

Né à Armissan (Aude), le 30 Octobre 1867

DE LA

GASTROSTOMIE

DANS LES

RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. TILLAUD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
RICARD et LEJARS, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SLE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER.	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD.	GLEYS.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	RETERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

GASTROSTOMIE

DANS LES

RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Si dans les cas de sténose cicatricielle de l'œsophage, la gastrostomie trouve beaucoup de partisans, il n'en est point de même lorsqu'il s'agit de rétrécissements dus à des néoplasmes. L'opération chez les cancéreux est très discutée et rencontre des adversaires résolus.

Cependant cette réprobation n'est pas suffisamment justifiée, et si, dès son origine, on pouvait la plupart du temps rendre la gastrostomie responsable de la mort des opérés, il n'est plus permis aujourd'hui de lui adresser ce reproche. « Les malades atteints de cancer œsophagien, écrivait M. Faucon (de Lille) en 1883 (1), sont des naufragés qui se débattent dans les flots hors de portée de tout secours réellement efficace; le chirurgien sauveteur n'a qu'une perche à leur tendre; la per-

(1) Bull. de la Soc. de chir. 1883, p. 664.

che est fragile ; avec de la prudence on peut prolonger la lutte de quelques heures ; si on se laisse entraîner à un effort trop violent pour les ramener sur la berge, l'appui se rompt et du même coup l'infortuné qui s'y accroche disparaît dans l'abîme. »

Depuis l'époque où ces lignes ont paru, la chirurgie de l'estomac a fait des progrès. Les modifications et les perfectionnements apportés au manuel opératoire de la gastrostomie, le moment choisi pour intervenir lorsqu'il s'agit de cancer de l'œsophage ont considérablement amélioré cette opération. Nous sommes loin des désastres de Sédillot et l'effort qui doit ramener les naufragés sur la berge n'est plus trop violent. Si l'infortuné finit par disparaître dans l'abîme, du moins la lutte est moins pénible, et le moment fatal rendu moins affreux est souvent retardé. Ce n'est point une de ces tentatives hasardeuses, aventureuses, auxquelles répugne le caractère d'un chirurgien consciencieux. Non, la gastrostomie, pratiquée d'après les règles que nous nous proposons d'indiquer est une opération rationnelle et réellement efficace. Les premières statistiques, assombries par de nombreux cas désespérés, ne sont plus comparables aux résultats actuels.

Aussi sommes-nous convaincu que, les idées que nous défendons pénétrant peu à peu dans l'esprit des chirurgiens, le nombre des succès deviendra plus imposant et entraînera la conviction de

tous. D'autres, plus autorisés que nous ont déjà démontré les avantages et le peu de gravité de cette opération. Il n'est donc plus permis d'hésiter en présence de malheureux chez lesquels aux souffrances causées par leur cancer et aux progrès de la cachexie s'ajoutent les tortures de la faim et de la soif, et surtout la nécessité de cathétérismes répétés qui exposent à de redoutables accidents.

De notre côté, nous nous estimerons satisfaits si nous avons pu dans la mesure de nos modestes moyens être utile aux malheureux sujets qui, abandonnés à eux-mêmes, succombent dans les plus horribles conditions.

Nous diviserons notre sujet en deux parties :

La première a trait aux indications de la gastrostomie.

Sans nous attarder à l'étude du cancer de l'œsophage, nous passerons rapidement en revue dans un premier chapitre les divers moyens thérapeutiques opposés à cette affection, ce qui nous amènera à faire dans le chapitre II l'histoire de la gastrostomie et à indiquer ses résultats.

Le chapitre III traitera des causes de sa gravité dans ses origines et jusqu'à ces derniers temps, par les anciens procédés, et montrera dans quelles conditions et à quel moment cette opération doit être pratiquée. Nous ajouterons quelques mots sur les contre-indications.

Dans la deuxième partie nous exposerons lon-

guement le *Manuel opératoire*. Les divers procédés y seront discutés.

Après quelques préliminaires sur les rapports de l'estomac au point de vue spécial qui nous occupe, un chapitre sur la gastropexie donnera les détails sur les divers temps de cette phase.

Un troisième chapitre sera consacré à l'opportunité et à la technique de l'ouverture de l'estomac.

Enfin, pour terminer, nous dirons quelques mots des soins consécutifs à donner aux opérés et de leur alimentation.

On trouvera après nos conclusions des observations inédites précédées de quelques autres déjà parues et que nous avons résumées dans le but de venir à l'appui de certains faits énoncés dans le cours de notre travail.

Si notre œuvre a été menée à bonne fin, nous ne le devons pas seulement à nous-même; nous avons été secondé dans notre tâche par des maîtres que nous sommes heureux de remercier ici publiquement.

M. le docteur Schwartz, plus que tout autre, a droit à notre profonde reconnaissance. Ayant suivi pendant de longs mois l'enseignement de ce chirurgien, nous avons appris à l'aimer et nous avons pu apprécier l'utilité de ses leçons autant que l'affabilité de son caractère. Il a été pour nous un guide sûr, un aimable maître, toujours prêt à

nous prodiguer ses précieux conseils. Nous ne l'oublierons jamais.

MM. les docteurs Ch. Monod, P. Reynier et Hartmann ont mis à nous venir en aide une bonne grâce qui nous a vivement touché. Toujours prêts à nous écouter, ils nous ont donné des renseignements qui nous ont été très profitables. Nous leur devons plusieurs observations inédites qu'ils se sont fait un plaisir de mettre à notre disposition. Qu'ils reçoivent ici nos plus vifs remerciements.

Nous ne saurions oublier dans nos sympathies M. le professeur Antonin Poncet, de Lyon. Il a mis à nous envoyer certains ouvrages que nous lui avions demandés un empressement et une amabilité dont nous lui sommes très reconnaissant. Il a bien voulu y joindre quelques publications et quelques renseignements personnels qui nous ont été très utiles.

Nous remercions également M. Brésard, interne des hôpitaux, qui nous a communiqué une intéressante observation de gastropexie.

M. le professeur Tillaux a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

HISTOIRE ET CRITIQUE

CHAPITRE PREMIER

DES DIVERS MOYENS DE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Avant de faire l'étude de la gastrostomie comme traitement du cancer de l'œsophage, il nous paraît utile de passer en revue les divers moyens thérapeutiques employés contre cette terrible affection, et qui s'adressent directement à l'œsophage, pour les mettre en parallèle avec la gastrostomie.

L'épithélioma œsophagien est une tumeur qui d'ordinaire ne se généralise pas, mais c'est une affection à marche rapide. Aussi a-t-on songé à lui appliquer un traitement curatif. Ce fut Billroth qui le premier (1) démontra par des expériences faites sur des chiens, la possibilité de l'extirpation

(1) Archiv. für Klin. Chir. 1871, p. 65.

partielle de l'œsophage. En 1877, Czerny exécuta le premier cette opération sur l'homme, et il fut imité en cela par Bergmann, Billroth, Israël, Roux (de Lausanne) et Iversen. Mais ces ablations portaient sur la portion cervicale de l'œsophage ; les cancers sont malheureusement rares à ce niveau. Et d'ailleurs, les délabrements que nécessite cette opération sont considérables. Il faut sacrifier le corps thyroïde et le larynx. Iversen insiste même sur la nécessité d'enlever ce dernier organe, car le plus souvent les nerfs laryngés sont lésés au cours de l'opération ; et lorsqu'on veut le conserver, le port d'une canule est de tout même indiqué. Mieux vaut donc l'enlever d'emblée, ce qui permet une extirpation plus facile et plus large du néoplasme.

On est même allé plus loin. MM. Quénu et Hartmann ont réussi sur le cadavre à aborder l'œsophage dans sa partie thoracique (1). Mais ce dernier auteur fait lui-même remarquer que, s'il est possible d'amener le bout inférieur à la peau pour l'y fixer, il n'en est pas de même du bout supérieur. Celui-ci, en effet, maintenu par ses adhérences à la crosse de l'aorte et à la bifurcation de la trachée (muscles aortico et broncho-œsophagiens de Hyrtl), ne se laisse pas amener à la peau. Il n'aurait donc d'autre usage que celui de déverser dans le médiastin tous les produits nuisibles provenant de la

(1) Bull. de la Soc. de chir. 4 février, 1891, p. 82.

bouche et de la portion supérieure de cet œsophage sectionné. Ajoutons que cette bouche dorsale serait bien gênante pour le malade.

Mais ces tentatives d'extirpations font payer bien cher au malade une survie assez courte ; et quoiqu'elles fassent le plus grand honneur à l'habileté des chirurgiens qui les ont accomplies, elles doivent être l'exception. Aussi préfère-t-on avoir recours habituellement aux méthodes de traitement palliatif.

Examinons-les successivement.

Et d'abord, éliminons l'alimentation par la *voie rectale* dont l'insuffisance pour assurer la nutrition a été démontrée par l'expérience.

La *dilatation progressive* est un procédé inefficace et dangereux. Comment voulez-vous mettre en jeu l'élasticité d'une paroi transformée par la néoplasie ? Et puis, ne court-on pas le risque d'accidents redoutables ? La dilatation expose à des fausses routes souvent fatales ; les cathétérismes répétés ont le grave inconvénient d'irriter la tumeur et d'aggraver le mal. Le chirurgien n'est point à l'abri d'hémorragies dont il lui est difficile de se rendre maître.

Pour éviter ces accidents, on a eu l'idée de recourir à la *sonde à demeure*. Deux procédés différents se disputent la préférence des chirurgiens. Les uns, en France principalement, introduisent dans l'œsophage une sonde longue à bout coupé, dont l'extrémité inférieure dépasse le point ré-

tréci et dont l'extrémité supérieure vient ressortir par une des fosses nasales. Là on la fixe soit au moyen d'une épingle anglaise traversant ses parois, soit par deux fils noués à la nuque. C'est Boyer (1) qui, en 1831, avait mis en pratique cette idée déjà signalée par Desault. Oubliée pendant de longues années, elle fut reprise par Krishaber (2) en 1881, et plus tard par MM. Kirmisson (3) et Gangolphe (4).

Les chirurgiens étrangers, entre autres Symonds (5), et quelques médecins tels que Renvers (6) et Leyden (7), se servent plus volontiers d'une sonde courte, véritable canule cylindrique, placée à demeure dans le rétrécissement qu'elle déborde un peu au-dessus et au-dessous.

On peut faire des reproches à ces deux procédés. La sonde longue, outre qu'elle est un corps étran-

(1) Boyer. *Traité des maladies réputées chirurgicales*. Paris, 1831, t. VII, p. 172.

(2) Krishaber. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 290, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1881, p. 265.

(3) Kirmisson. Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Acad. de méd. Paris*, 4 juillet 1888.

(4) Gangolphe. *Lyon médical*, 6 et 13 juillet 1890.

(5) Symonds. The treatment of malignant stricture of the œsophagus by tubage or permanent catheterism. *British med. Journ.*, London 1887, 23 avril, t. I, p. 870.

(6) Renvers. *Zeitschrift für Klin. med.* 1888, t. XIII, p. 499.

(7) Leyden. *Soc. de méd. interne de Berlin*, 28 nov. 1887. *Congrès de méd. int. de Wiesbaden* 1888, et *Sem. med.* 1888, p. 160.

ger fort gênant pour les fosses nasales et le pharynx, s'obstrue et se salit. Il faut donc l'enlever pour la nettoyer et alors les inconvénients et les dangers du cathétérisme reparaissent. La sonde courte, il est vrai, permet au malade d'avaler directement ; mais est-on bien sûr de l'avoir mise en place ? De plus, elle exige des nettoyages plus fréquents que la sonde longue, et dans ces manœuvres d'extraction les fils qui la retiennent peuvent casser. Enfin, ces sondes, quelles que soient leurs dimensions, irritent la tumeur et exercent sur elle une mauvaise influence.

L'*œsophagostomie* ne présente pas ces inconvénients, mais elle n'est applicable qu'aux rétrécissements de la portion cervicale. C'est d'ailleurs une opération souvent difficile en raison des adhérences qui peuvent immobiliser l'œsophage derrière la trachée. La bouche œsophagienne, très voisine de la tumeur, est également trop exposée à être envahie par elle au bout de peu de temps, ce qui nécessite une autre intervention. Une ouverture en ce point n'est, il faut l'avouer, que fort peu commode pour l'alimentation et pour les soins de propreté nécessaires, toutes choses que le malade doit pouvoir pratiquer lui-même. Ces inconvénients, avec lesquels il faut compter, nous font rejeter l'*œsophagostomie* dans les cas qui nous occupent.

Mais lorsque le néoplasme siège dans la portion

thoracique de l'organe, ce qui est le cas le plus fréquent, pour obtenir une [bouche au-dessous du rétrécissement, il faut la pratiquer au niveau de l'estomac. Cette opération est la *gastrostomie* que nous allons étudier.

CHAPITRE II

HISTOIRE DE LA GASTROSTOMIE. — SES RÉSULTATS.

Sédillot croyait pouvoir faire remonter la pratique de la gastrostomie à des temps bien reculés. Il cite, à l'appui de son dire, plusieurs phrases d'un mémoire d'Hévin (1). Mais vérification faite, il résulte qu'il y a confusion de termes, et que Hévin parle de *gastrotomies* pour tirer des corps étrangers des voies digestives. L'idée de la gastrostomie est plus récente.

En effet, le premier document imprimé que nous connaissions sur ce sujet est dû à un chirurgien militaire norvégien (2). C'est un mémoire lu à la Société médicale de Christiana le 30 mai 1837 et publié en 1841 dans le *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. L'auteur, Chr. A. Egeberg relate un cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage chez un ouvrier âgé de 36 ans qui succomba rapidement. A propos de ce malade, Egeberg se demande s'il n'y aurait pas mieux à faire qu'à donner des lavements de bouillon. Pour lui, quand

(1) Sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie, t. I, 1743.

(2) Om behandlingen of impenetrable Stricture i Madrøret. Chr. A. Egeberg.

les bougies les plus fines ne passent plus, il ne saurait être question de dilatation. D'autre part, l'œsophagotomie externe ne s'adresse qu'aux rétrécissements de la région cervicale, et à l'extraction des corps étrangers dont la présence peut créer un danger immédiat.

« La question du traitement des rétrécissements de l'œsophage, dit-il dans son Mémoire, me paraît comporter une seconde solution ; on pourrait ouvrir une voie vers la cavité de l'estomac, soit pour injecter une quantité convenable d'aliments, soit pour attaquer les rétrécissements de l'œsophage par leur partie inférieure, comme on le fait pour les oblitérations du canal de l'urèthre. »

Et il discute les points suivants :

1° La possibilité d'arriver à l'estomac sans qu'on ait à craindre d'épanchement dans le péritoine ;

2° Le lieu où il faut opérer ; la percussion renseigne sur la position et le volume de l'estomac ;

3° Le procédé opératoire. « On fait dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une incision longitudinale, ou mieux encore cruciale ; la peau et les muscles sont coupés successivement, puis on ouvre le péritoine avec précaution. Le côlon transverse, que l'on trouve tout d'abord, est abaissé avec les doigts. Lorsqu'on ouvre l'estomac aussitôt qu'on l'aperçoit, on réussit difficilement à le fixer de manière à éviter l'épanchement du contenu dans l'abdomen. Il est vrai que les matières sont très peu

abondantes par suite de la rétraction que ce viscère a éprouvée.

« Dans tous les cas, il est préférable de provoquer la formation d'adhérences gastro-pariétales avant de l'ouvrir. Pour cela on passe plusieurs sutures qui traversent les téguments, les muscles, le péritoine, et peut-être la paroi antérieure de l'estomac dans toute son épaisseur. Au bout d'un jour ou deux on peut l'ouvrir sans crainte. Il est bon de placer dans l'ouverture un bourdonnet de charpie qui s'oppose à la réunion des bords. »

Egeberg répond ensuite aux objections qu'on pourrait faire à son procédé. Et d'abord, les sutures ne blessent pas l'estomac, puisqu'il se passe dans ce cas ce qui arrive dans les sutures de l'intestin grêle dont l'estomac présente la structure. En second lieu, au point de vue de l'alimentation, Egeberg s'exprime ainsi : « Je ne vois pas pourquoi il ne serait point indiqué d'ouvrir le tube digestif pour l'introduction des aliments lorsque le malade ne peut être nourri par aucun autre moyen, tandis qu'on n'hésite point à recourir à une opération analogue pour créer une issue aux excréments. »

Les hémorragies ne sont guère à craindre par ce procédé, puisque d'une part les adhérences de l'estomac avec la paroi abdominale protègent la cavité péritonéale contre les épanchements, et que, d'autre part, un vaisseau de quelque importance

coupé au cours de l'opération est facilement accessible aux yeux et aux instruments.

Enfin la persistance des fistules stomacales faites dans un autre but, loin d'être une contre-indication à l'opération, prouve au contraire en sa faveur, car elles sont très bien supportées.

Egebert termine son Mémoire en prouvant, par deux observations, que ses espérances ne reposent point exclusivement sur des probabilités. La première, tirée de l'anatomie pathologique de Voigtel, concerne un homme qui garda pendant de longues années, sans en ressentir jamais la moindre incommodité, une fistule gastrique de un tiers de pouce de diamètre, et dont l'origine était une plaie par instrument piquant. La deuxième est un résumé de l'observation du Canadien de William Beaumont.

La même année que la publication du Mémoire d'Egeberg (1841), Blondlot pratiqua la gastrostomie sur un chien, mais sans parler de la possibilité de faire la même opération chez l'homme (1).

Quelques années plus tard, Watson, chirurgien américain, publie un Mémoire dans lequel il envisage lui aussi la question de la gastronomie dans les cas de rétrécissements inaccessibles par l'extérieur (2). Mais ce travail ne paraît pas avoir attiré une bien grande attention, même en Amérique.

(1) *Traité analytique de la digestion* 1843, p. 201.

(2) *Americ. Journ. of the med. sciences* 1884, 2^e série, t. VIII.

Dans le tome VI du Compendium de Monneret et Fleury, paru en 1845, une phrase incidente propose également la fistule gastrique.

Dans un premier Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 27 juillet 1846, Sédillot écrit : « Je donne le nom de gastrotomie fistuleuse à une opération consistant à établir aux parois de l'estomac une ouverture permanente, dans le but de fournir à l'alimentation une voie artificielle, chez les malades qu'un rétrécissement complet de l'œsophage condamne à mourir d'inanition ». Quoique l'auteur fasse allusion aux expériences de Blondlot, il paraît ignorer les travaux de ses prédécesseurs puisqu'il ajoute : les conditions de cette opération « nous paraissent si rationnelles et si favorables, que nous nous étonnons seulement d'être le premier à la proposer et à en signaler tout le prix ». Il n'est plus permis de partager cet étonnement.

Dans un second Mémoire publié la même année, Sédillot examine les cas auxquels l'opération de la gastrostomie (c'est ainsi qu'il l'appelle désormais) est applicable. Il la généralise à toutes les affections qui rendent l'alimentation impossible, difficile ou seulement irritante pour l'œsophage, comme certaines « plaies, ulcérations et ramollissements inflammatoires simples ». Il fait part ensuite de quelques expériences qu'il a faites sur les animaux.

Enfin, une troisième note (1847) démontre la

curabilité des plaies de l'estomac, la possibilité de l'établissement d'une fistule gastrique après ces blessures et la compatibilité de cette lésion avec la vie.

L'idée de la gastrostomie était donc entrée dans l'esprit des chirurgiens ; il ne restait plus qu'à la réaliser. C'est ce que fit Sédillot.

Le 13 novembre 1849, ce célèbre chirurgien pratiqua la première opération de ce genre. Mais le malade, atteint d'un cancer de l'œsophage, était dans un état de débilité extrême. L'opération fut très imparfaite et le malade succomba le lendemain matin. On avait fait à la paroi une incision cruciale, puis l'estomac avait été ouvert et avait reçu une canule composée de deux valves offrant chacune un rebord saillant, coudé à angle droit, l'un pour soutenir l'estomac contre les parois de l'abdomen, l'autre pour retenir l'instrument à la plaie extérieure.

Dans la deuxième opération (janvier 1853), Sédillot fixa préalablement l'estomac à la paroi abdominale et n'ouvrit ce viscère que cinq jours après. Néanmoins, le malade mourut de péritonite au bout de dix jours.

Fenger (mars 1853) modifia l'incision de Sédillot qu'il fit longitudinale, et fixa solidement l'estomac à la paroi.

De 1853 à 1876, les observations signalent presque toutes le même procédé : fixation de l'estomac à la paroi abdominale, puis ouverture du viscère ;

mais on abandonne l'incision cruciale des téguments pour faire une incision longitudinale. Seule la direction de celle-ci change suivant les chirurgiens. On pratiquait l'alimentation presque aussitôt après l'opération. Malheureusement la mortalité est générale. Le plus souvent on opérait trop tard, lorsque les malades étaient à bout de forces par suite de l'inanition et de la cachexie cancéreuse. En outre, les incisions de la paroi étaient trop basses et l'on tombait fréquemment sur le côlon transverse qu'il fallait abaisser.

En 1876, le fait de M. Labbé fit entrer la gastrostomie dans une nouvelle phase. A propos de l'homme à la fourchette dont l'histoire est bien connue, il indiqua avec précision les points de repère pour trouver sûrement l'estomac (1).

Bien que M. Labbé eût fait une taille stomacale pour extraire un corps étranger, sa méthode pouvait, ainsi que le faisait observer son auteur, s'appliquer à la gastrostomie. C'est ce que fit M. Verneuil au mois de juillet de la même année.

Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel chez un jeune garçon de 17 ans qui avait avalé par mégarde une solution de potasse d'Amérique. L'incision fut faite au lieu désigné par M. Labbé ; l'estomac fut solidement suturé à la plaie pariétale, puis ouvert ; une sonde en caoutchouc rouge fut introduite dans l'estomac et la paroi abdominale

(1) Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 1876, t. LXXXII, p. 965.

immobilisée à l'aide d'une couche épaisse de collodion. Grâce à ces précautions et à l'emploi de la méthode antiseptique d'après les préceptes de Lister, M. Verneuil eut le bonheur d'obtenir une guérison complète. Le malade mourut deux ans plus tard de phthisie pulmonaire.

Le succès de M. Verneuil ne fut pas le premier. L'année précédente, Sydney Jones avait fait sa troisième gastrostomie et le malade, âgé de 67 ans, avait succombé le 40^e jour à la suite d'une bronchite avec hémorrhagie provenant probablement du cancer œsophagien. Quoique dans le fait de M. Verneuil il fut question de rétrécissement non cancéreux, ce succès inespéré releva la gastrostomie du discrédit où elle était tombée. Les chirurgiens y trouvèrent un encouragement et sortirent de leur réserve. Ils pratiquèrent plus volontiers cette opération chez les cancéreux, et si les résultats ne furent pas toujours brillants, les insuccès devinrent moins nombreux. L'introduction des pansements de Lister dans la pratique chirurgicale vint diminuer les mauvaises chances. Mais il y avait encore bien des perfectionnements à réaliser pour faire entrer la gastrostomie dans la pratique courante.

Depuis 1880, des travaux importants concernant le sujet qui nous occupe n'ont cessé de paraître et il faut avouer qu'ils n'ont pas peu contribué à améliorer les résultats de la gastrostomie.

Ainsi, pour ne citer que les principales statisti-

ques, nous voyons M. le professeur Le Fort, dans la Gazette des hôpitaux (1) réunir 105 cas sur lesquels 78 ont été suivis de mort, soit 74,2 0/0.

La même année, une statistique de S.-W. Gross (2) donne une mortalité de 69,3 0/0.

En 1885, Zezas (3) fait un relevé de 103 gastrostomies postérieures à 1876, sur lesquelles il compte :

67 morts du 1^{er} au 30^e jour.

17 survies de 1 à 6 mois.

2 survies de plus de 6 mois.

Et 17 guérisons.

Dans un article publié dans la Semaine médicale (7 décembre, 1887), M. le professeur Heydenreich, de Nancy, réunit 33 cas, postérieurs au travail de Zezas [qui ont donné 19 morts, soit 57,5 0/0.

Sur 190 cas opérés depuis 1876, Johansen (4) obtient une proportion de 89 morts dans les dix jours de l'opération, soit 47,2 0/0, et de 65 survies de plus d'un mois.

De nos jours, on trouve signalés dans les diverses publications un grand nombre de cas opérés avec succès. L'antisepsie rigoureuse, les progrès sensibles réalisés en chirurgie abdominale, le perfectionnement du manuel opératoire ont con-

(1) Gazette des hôpitaux, 1883, n° 90.

(2) S.-W. Gross in Philadelph. med. News, déc. 1883.

(3) Zezas in Archiv. für klin. Chir. 1885, t. XXXII.

(4) Karl Johansen. Die gastrostomie bei carcinomatöser strictur des Oesophagus. Thèse de Dorpat 1888.

tribué pour une très large part à l'amélioration des statistiques et ont fait de la gastrostomie une opération moins redoutable.

CHAPITRE III

CAUSES DE SA GRAVITÉ. — SES INDICATIONS.

La première tentative de Sédillot n'était point faite pour encourager les chirurgiens. Mais faut-il incriminer l'opération en elle-même ? Nous ne le pensons pas. Que pouvait-on espérer, en effet, d'un malade dont la débilité était extrême, le foie volumineux, congestionné, le pneumogastrique englobé dans la tumeur, et par suite, les fonctions de la digestion et de l'hématose troublées ? Ajoutez à cela une opération très imparfaite, un péritoine ouvert, et vous aurez toutes les conditions voulues pour un insuccès.

Son second opéré n'était pas dans un état plus favorable pour l'opération, car à l'autopsie on trouva des lésions tuberculeuses du poumon, une rate et un foie très volumineux et un œsophage portant deux rétrécissements entre lesquels une poche vaste et ulcérée, remplie de détritüs organiques et de matières alimentaires, était une source d'infection pour le malade.

Les opérations pratiquées depuis Sédillot, surtout à l'étranger, le furent aussi pour la plupart dans des conditions très défavorables. En analy-

sant les diverses observations, nous voyons presque tous les opérés extrêmement affaiblis par l'inanition, et de plus, en proie à des affections chroniques qui étaient une contre-indication à l'opération. Alcoolisme, tuberculose, lésions profondes du foie, bronchite chronique, cancer du larynx, du pylore, du rein, affections cardiaques, athérome, telles étaient les maladies que présentaient ces malheureux au moment de l'opération. D'autres, il est vrai, sont morts de pneumonie ou à la suite de l'ouverture de l'œsophage dans un organe important. A une époque où l'antisepsie était inconnue, la péritonite venait apporter son contingent aux causes de mort. Comment s'étonner après cela que la gastronomie entraînât une mortalité effroyable ? Mais ce serait le contraire qui nous surprendrait. A l'ieu d'apporter aux malades, sinon le salut, au moins le soulagement, on leur donnait le coup de grâce.

Il importe donc de tenir compte des conditions dans lesquelles l'opération s'est faite. Une statistique sommaire ne peut renseigner sur tous les détails qui peuvent donner des arguments pour ou contre une opération. C'est peut-être l'examen de ces chiffres brutaux qui a fait condamner la gastrostomie par bon nombre de chirurgiens. Les opinions, en effet, sont très partagées, et ce n'est pas une des moindres singularités de ce désaccord que de voir la même statistique devenir une arme

à deux tranchants et servir, ou combattre, comme l'on voudra, à la fois les deux causes.

Tandis que M. Lagrange (1), s'appuyant sur une statistique qu'il juge désastreuse, demande que la gastrostomie soit bannie de la thérapeutique des cancers de l'œsophage, Zexas, interprétant différemment les mêmes cas, s'en montre partisan.

Pour M. Lagrange, la gastrostomie est au moins inutile, quand elle n'est pas dangereuse. Dans les cas heureux, dit-il, les malades ont été opérés de bonne heure, à l'époque où ils pouvaient encore avaler, et, par conséquent, vivre sans gastrostomie. Plus tard, l'opération est encore inutile, parce que, si l'œsophage est obstrué, la généralisation du mal est très avancée et le malade est sur le point de succomber.

M. Lagrange ne croit pas que l'opération puisse ralentir la marche du mal en immobilisant ou plutôt en annihilant l'œsophage ; il ne pense pas que l'on puisse comparer ce qui se passe pour la déglutition à ce qui se produit dans la défécation. Pour lui, tandis que le rectum joue dans la défécation un rôle très actif et très pénible, l'œsophage, au contraire, laisse passer les aliments sans grande peine et joue pour les liquides le rôle d'un tube inerte.

Finalement, M. Lagrange enferme le chirurgien

(1) Revue de chirurgie, 1885 p. 549.

qui se trouve en présence d'un cancer de l'œsophage dans ce dilemme étroit : ou bien la maladie est peu avancée, et l'opération est inutile parce que le malade peut vivre sans gastrostomie ; ou bien la maladie existe depuis longtemps et l'opération est inutile parce que le malade va mourir.

Mais le pessimisme de M. Lagrange n'est point partagé par certains chirurgiens d'une incontestable valeur. En face de ses conclusions, on peut placer celles de Zezas, dont nous avons déjà fait connaître la statistique, et qui termine sa remarquable étude par des conclusions tout à fait opposées. Un courant d'opinions plus favorables s'est établi et nous devons reconnaître que les espérances des partisans de la gastrostomie sont en majeure partie bien fondées.

Ce qui a fait la gravité de la gastrostomie, c'est qu'on l'a pratiquée presque toujours in extremis. Qu'arrive-t-il, en effet, le plus souvent lorsque le médecin est en présence d'un sujet atteint d'épithélioma œsophagien ? Il se borne dès le début aux traitements appelés médicaux. Lorsque la dysphagie est trop considérable, il a recours au cathétérisme. Les bougies passent difficilement, au prix de cruelles souffrances pour le malade ; les tissus néoplasiques sont irrités, déchirés et saignants. On répète ces manœuvres pendant plusieurs semaines, mais la sténose, loin d'obéir à la main qui voudrait aplatir, effacer tous ces bourgeons proliférants, s'accroît de jour en jour. Un

moment vient où rien ne passe, ni aliments liquides ni sondes les plus fines ; pendant ce temps, la cachexie a commencé son œuvre, l'inanition va terminer la scène. Et c'est alors qu'on propose la gastrostomie ! Au lieu de prévenir le danger, on le laisse venir, on l'attend complaisamment, et lorsqu'il est là, on lui ouvre la porte. Faut-il s'étonner après cela si la gastrostomie est meurtrière ?

Ce n'est pas ainsi, croyons-nous, qu'il faut envisager la question. La gastrostomie n'est, il est vrai, qu'une opération palliative, et on se montrerait trop rigoureux si on lui demandait plus qu'elle ne peut donner. Mais il nous semble qu'on peut sortir du dilemme dans lequel M. Lagrange veut renfermer étroitement les chirurgiens.

Il est démontré par l'observation clinique et ceci n'est contesté par personne, que tout sujet atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage est condamné à mourir à brève échéance, et à mourir de faim, sauf complications. Il faut donc envisager cette terrible éventualité et faire non pas de la médecine opportuniste mais de la chirurgie prévoyante et rationnelle. Lorsqu'on lit certaines observations de gastrostomie, on est frappé de voir que certains opérés n'avaient rien pris par l'œsophage depuis plusieurs jours et étaient à bout de forces. Ce sont là de bien mauvaises conditions pour porter le bistouri sur un malade. L'antisepsie aura pu mettre le péritoine à l'abri de l'infection, mais elle n'aura pas empêché

le shock dans un organisme débilité, incapable de résister au moindre traumatisme.

La gastrostomie est une opération peu grave par elle-même, son manuel opératoire est précis, et l'antisepsie ne laisse plus de place aux complications de nature infectieuse qui faisaient le désespoir des premiers opérateurs. Si, en tant qu'opération, elle donne parfois des insuccès, cela tient à des causes communes à toutes les opérations de chirurgie abdominale : fautes contre l'antisepsie ou bien mauvais état général du malade.

Ces considérations nous amènent à conclure qu'il faut remédier aux rétrécissements cancéreux de l'œsophage avant que les sujets qui en sont atteints ne soient trop affaiblis par la maladie et l'inanition. Mais comment déterminer ce moment ? Faut-il opérer tout à fait au début de l'affection cancéreuse ? Nous n'allons point jusque-là et cet excès de zèle serait au moins déplacé. Il est difficile d'assigner une époque précise à la naissance du néoplasme. Le chirurgien est bien forcé d'attendre qu'il se manifeste par quelque signe appréciable. Mais dès que le diagnostic est certain, lorsque la dysphagie est encore légère, que l'état général n'a pas subi de graves atteintes, le malade se trouve encore dans de bonnes conditions, il peut résister à un choc opératoire. Pourquoi ne préviendrait-on pas cet affaiblissement graduel, cette ruine des forces de l'économie, qui sont inévitables, par une alimentation artificielle qui laisse-

rait l'œsophage en repos et donnerait au malade assez de résistance pour permettre à l'affection de suivre son cours sans qu'il fût trop cruellement tourmenté par la souffrance ?

Mais ici une objection se présente. Pratiquée dans ces conditions, la gastrostomie ouvre une porte pour l'instant inutile et nécessite des soins locaux particuliers. Cela est juste, mais si nous préconisons la gastrostomie précoce, c'est uniquement afin de trouver un organisme plus résistant à l'opération. Cette dernière peut se décomposer en deux parties distinctes : incision de la paroi et fixation de l'estomac d'une part, et, d'autre part, ouverture de cet estomac. Et alors pourquoi ne pas séparer ces deux temps, ainsi que le fait M. le professeur Poncet, de Lyon ? La gastropexie ne peut emprunter sa gravité qu'au mauvais état général du malade. Une fois les adhérences établies entre l'estomac et la paroi, la création d'une fistule sera une opération des plus simples et des plus inoffensives.

Il nous paraît donc rationnel de faire la gastropexie au moment où le malade est encore dans un état de santé qui le rende capable de supporter une opération un peu sérieuse, quitte à ouvrir plus tard l'estomac lorsque l'œsophage ne permettra pas une alimentation suffisante.

Voilà sans doute une opinion difficile à faire accepter et par le malade et même par le médecin qui le soigne ; et cependant les résultats plus satis-

faisants obtenus dans ces dernières années la justifient suffisamment.

Vous faites courir de bien grands risques à vos malades, nous dira-t-on, pour ne leur offrir en échange qu'une survie bien courte. Dans les conditions où nous nous sommes placé, les dangers ne sont pas aussi grands qu'on voudrait bien le dire et si on ne peut pas toujours prolonger de beaucoup la vie des malades, du moins on leur épargne bien des souffrances. N'est-ce rien vraiment que de lui éviter les souffrances intolérables de la faim et de la soif, d'empêcher les vomissements provoqués par les tentatives de déglutition et d'avoir soustrait l'œsophage à des causes d'irritation souvent renouvelées ?

Ce dernier avantage, contesté par M. Lagrange, est bien réel. L'œsophage, en effet, n'est pas un tube inerte dans lequel les aliments opèrent leur descente sans aucun effort. Dans les cas de cancer, le rectum est sensible au bol fécal de meilleure heure que l'œsophage ne l'est au bol alimentaire, mais ce n'est pas une raison pour refuser à ce dernier conduit toute fonction active dans l'alimentation. Les fibres musculaires dont il est pourvu indiquent assez qu'il se contracte, se fatigue, et, par conséquent, s'endolorit. Le repos de l'organe par la gastrostomie n'est donc point une simple vue de l'esprit.

Il semble que ces considérations devraient rendre les adversaires de la gastrostomie moins sé-

vères à son égard. Cependant, malgré l'inanité et les dangers fréquents des autres méthodes de traitement de la sténose cancéreuse de l'œsophage, certains chirurgiens persistent à la rejeter. Et pour quelles raisons ? Nous les avons déjà données et nous les résumons ainsi : la gastrostomie a été frappée de réprobation à cause de sa grande mortalité, mais cette gravité tenait à ce que cette opération était toujours considérée comme la dernière ressource de la thérapeutique aux abois. L'opération pratiquée en deux temps à intervalles indéterminés n'est pas plus efficace, car lorsqu'on ouvre l'estomac, c'est-à-dire à l'époque où la dysphagie est extrême, le mal est trop avancé et le malade va mourir. A cela nous répondrons que cette coïncidence de la sténose très prononcée avec la fin prochaine du cancéreux n'est nullement démontrée dans tous les cas. Si le malade abandonné à lui-même meurt peu de temps après le début de la dysphagie à peu près complète, cela tient à un affaiblissement graduel d'abord par le fait d'une insuffisance d'alimentation déjà ancienne, ensuite par l'inanition à laquelle aucune intervention ne vient remédier. Mais chez un malade auquel on a préalablement pratiqué la gastropexie, lorsque l'obstruction devient à peu près complète, l'état général a été maintenu assez bon par une alimentation suffisante et artificielle, et la survie est par ce fait plus considérable. Elle l'est aussi parce que, l'œsophage ayant été soustrait aux causes d'irri-

tation depuis un certain temps, la sténose ne devient extrême qu'à une époque plus reculée. On ne peut donc pas dire que cette nouvelle manière d'agir ne présente aucun avantage.

Néanmoins, il est des cas dans lesquels on ne peut préparer le malade à la gastrostomie par une gastropexie préalable. Pour une cause ou pour une autre, le cancéreux a trop attendu, l'inanition a commencé son œuvre. Il faut donc, pour relever rapidement les forces du malade, faire la gastrostomie immédiate et, en une seule séance, fixer et ouvrir l'estomac. Malheureusement, ici les chances diminuent, mais le chirurgien ne doit point perdre tout espoir. Des malades qui semblaient incapables de supporter une opération, si légère qu'elle fût, ont survécu encore plusieurs mois. Mais si les succès ne viennent pas toujours consoler le chirurgien, du moins les désastres dans ces conditions sont pour lui un très utile enseignement.

Il est donc nécessaire] que les esprits se fassent à cette idée de la gastrostomie pratiquée avant que la cachexie n'ait rendu le malade incapable de résister au traumatisme. Et cette opinion deviendra d'autant plus acceptable qu'une autre cause de gravité tenant au manuel opératoire a disparu depuis quelques années. Les perfectionnements que l'on a réalisés à ce sujet, en supprimant certains inconvénients, nous permettent d'espérer que la gastrostomie précoce rencontrera tous les

jours des résistances de moins en moins énergiques.

Cependant si le chirurgien est souvent encouragé à pratiquer une fistule stomacale, il est des circonstances où il doit s'abstenir. Ainsi, les malades trop affaiblis par une oblitération totale durant depuis un certain temps, les cancéreux dont la néoplasie s'est généralisée, ceux dont la température s'est notablement abaissée, le pouls ralenti, ou qui sont dans le coma, doivent échapper au bistouri. Les lésions avancées du cœur ou des reins, les maladies graves du foie, les affections aiguës du poumon, la tuberculose à lésions déjà avancées sont également des contre-indications formelles à la gastrostomie. Certaines maladies chroniques, telles que le diabète, l'albuminurie, doivent rendre le chirurgien très circonspect, mais ne contre-indiquent pas toujours l'intervention chirurgicale. Il en est de même de la vieillesse : néanmoins certains opérés avaient 71 et 75 ans.

DEUXIÈME PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS ANATOMIQUES.

Avant d'aborder l'étude du *Manuel opératoire* de la gastrostomie, nous allons indiquer en peu de mots la direction de l'estomac par rapport à la cavité de l'abdomen, et les rapports de sa face antérieure, la seule accessible, avec la paroi abdominale.

Pour Sabatier, Cruveilhier, Richet, Sappey, le grand diamètre de l'estomac est oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'avant en arrière, mais cette obliquité chez la plupart des individus est peu prononcée, et l'on peut dire d'une manière générale que la direction prédominante de cet organe est à la fois horizontale et transversale.

Beaunis et Bouchard déclarent que l'estomac

n'est pas transversal, mais fortement oblique en bas, à droite et en arrière.

Ces deux opinions ne diffèrent que par le degré d'obliquité.

D'un autre côté, Luschka, Burtz, Henle, Lesgoft soutiennent que l'estomac est vertical et que lorsqu'il se dilate ses parois ne changent pas leur orientation, le mouvement de bascule que l'on prête à cet organe n'existant pas.

MM. Reynier et Souligoux (1), s'appuyant sur de nombreux examens pratiqués sur des cadavres frais, sont arrivés aux conclusions suivantes : L'estomac vide est oblique en bas, à droite et en avant ; quand il est plein, sa petite courbure se redresse ; il paraît alors vertical ; sa direction générale n'est toutefois pas sensiblement changée, car son grand axe ne varie que fort peu.

Ainsi qu'on le voit, les anatomistes ne sont point d'accord sur la direction de l'estomac. Et le résultat de leurs divergences est de reporter le pyllore plus ou moins près de la ligne médiane. Pour Lesgoft, et pour Jonesco (2), cet orifice se trouve situé sur une ligne verticale prolongeant le bord droit du sternum, c'est-à-dire à un centimètre et demi, deux au plus, de la ligne médiane ; tandis que MM. Reynier et Souligoux le placent à la hauteur du bord interne du cartilage de la 8^e ou

(1) Reynier et Souligoux, Direction de l'estomac, Bull. de la Soc. anat., 1891, p. 709.

(2) Jonesco. Gazette des hôpitaux, 1891.

9^e côte droite, dépassant la ligne médiane de 3 centimètres environ.

Quoi qu'il en soit, la face antéro-supérieure de l'estomac est en rapport : 1^o avec les attaches antérieures du diaphragme ; 2^o avec la face inférieure du foie qui en recouvre une partie plus ou moins grande, suivant qu'il est plus ou moins volumineux ; 3^o avec la face interne des 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e côtes gauches, dont elle est séparée par les digitations entre-croisées du diaphragme et du muscle transverse ; 4^o avec la partie supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, que cette face soulève légèrement lorsque l'estomac est dilaté, et qui se déprime au contraire lorsqu'il est vide.

Les rapports avec la paroi antérieure de l'abdomen sont limités en haut, dans l'état de moyenne dilatation, par une ligne qui passerait à 1 centimètre au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Sédillot pensait que l'estomac à l'état de vacuité se trouve enfoncé au-dessous et en arrière du diaphragme et caché par le lobe gauche du foie, le côlon transverse, qui remonte jusqu'au diaphragme, une portion du grand épiploon et le bord supérieur de la rate. De telle sorte qu'aucune partie de la face antérieure de l'estomac ne répondrait directement à la paroi abdominale. Cette description n'est pas exacte. M. Léon Labbé, en effet, a constaté que la grande courbure ne remonte jamais sur le cadavre au-delà d'une ligne transversale passant de chaque côté par le rebord

des fausses côtes, au niveau du cartilage de la neuvième. Or, à l'état normal, le bord inférieur du lobe gauche du foie ne descend pas jusque-là.

Pour reconnaître le bord inférieur du cartilage de la neuvième côte, il existe un point de repère important. Le sommet du cartilage de la dixième côte est rattaché au cartilage de la neuvième par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, ce qui permet de le faire jouer à frottement et de produire un bruit spécial. Au-dessus de la saillie de ce cartilage existe une dépression que l'on rencontre en suivant de bas en haut avec le doigt le rebord des fausses côtes. Or, le cartilage de la neuvième est situé immédiatement au-dessus de cette dépression.

Ce qui précède nous permet de dire que la face antérieure de l'estomac est accessible directement dans un espace triangulaire dont la base regarde en bas et correspond à la grande courbure (ou à la ligne transversale passant par la partie inférieure du cartilage des neuvièmes côtes) et dont les bords sont formés : à droite, par le lobe gauche du foie, et à gauche, par le rebord des fausses côtes gauches. C'est ce que l'on peut appeler le triangle de Labbé.

Ces considérations anatomiques vont nous permettre de comprendre et de discuter les divers procédés employés pour découvrir l'estomac.

L'opération de la gastrostomie comporte divers temps que nous allons étudier successivement.

Mais on peut la diviser en deux phases principales et bien distinctes :

1° Gastropexie, constituée par l'ouverture de l'abdomen, la recherche de l'estomac et sa fixation à la paroi ;

2° Gastrostomie, ou incision de la paroi stomacale.

Nous nous proposons d'étudier et de discuter les différentes manières d'accomplir ces divers temps de l'opération et d'indiquer les intervalles qui doivent s'écouler entre les deux phases dont elle se compose.

CHAPITRE II

PREMIÈRE PHASE : GASTROPEXIE.

Cette phase de l'intervention comporte trois temps différents :

- 1° Incision de la paroi abdominale ;
- 2° Recherche de l'estomac ;
- 3° Fixation de cet organe à la paroi.

Mais avant de les étudier, nous devons dire quelques mots de *l'anesthésie*. L'opération, en effet, est trop longue et trop délicate pour que le chirurgien puisse se dispenser de l'employer. Le patient doit être dans une tranquillité parfaite, et le chirurgien a besoin d'être maître de son malade. Cependant quelques opérateurs préfèrent l'anesthésie locale. Cette conduite leur est dictée par la crainte des accidents que le chloroforme pourrait occasionner au cours de l'opération, et par le désir d'éviter les vomissements consécutifs qui, par leurs efforts, tirailieraient les sutures et compromettraient les résultats de l'intervention. Mais ces accidents sont rares ; l'anesthésie par le chloroforme n'est donc pas aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer. Le peu de durée de l'anesthésie locale, le peu de profondeur des parties qu'elle insensibilise, doivent lui faire préférer l'anesthé-

sie générale. Les menaces de syncope ne sont vraiment à craindre que si on opère des sujets profondément épuisés ; dans ces cas seulement il est permis d'hésiter. Mais si on intervient de bonne heure, alors que le malade est assez résistant, les dangers ne sont pas plus grands que s'il s'agissait d'une opération quelconque.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile d'insister sur les précautions antiseptiques à prendre avant, pendant et après la gastrostomie. Elles ne présentent aucune particularité s'appliquant spécialement à cette opération ; la conduite à tenir à ce sujet est la même que dans toutes les interventions sur l'abdomen et les organes qui sont contenus dans sa cavité.

A. — Incision de la paroi abdominale.

Sedillot, suivant en cela l'idée d'Egeberg, faisait une incision cruciale. « On fait dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une incision longitudinale, ou mieux encore cruciale... » Tel est le texte du Mémoire du chirurgien danois ; il eût certainement mieux fait de supprimer son correctif, car les chirurgiens qui, pour se donner plus de jour, ont suivi ce précepte, ont été mal inspirés. Ce procédé, en effet, expose aux éventrations en affaiblissant la paroi de l'abdomen et n'est pas plus avantageux que

ceux employés de nos jours. La fixation de l'estomac est d'ailleurs rendue plus difficile.

Se basant sur les données anatomiques de M. Labbé, tous les chirurgiens actuels, à l'exception cependant de Hahn dont la méthode sera exposée plus loin, font une incision unique. Il faut, disent MM. Labbé et Verneuil, inciser la paroi abdominale à 2 centimètres du rebord des fausses côtes sans descendre plus bas que le neuvième cartilage. L'estomac, dit M. Lanelongue (de Bordeaux) étant revenu sur lui-même chez les aujets qui n'ont pas mangé depuis longtemps, la limite assignée par M. Labbé à la grande courbure doit être reportée plus haut. On risque de tomber sur le grand épiploon ou sur le côlon transverse. Il faut donc arrêter son incision au huitième cartilage costal.

Si l'on compare entre elles les diverses observations, on voit que lorsque l'incision a été faite au-dessus de la neuvième côte, près du rebord costal, on est arrivé directement sur l'estomac; dans plusieurs cas où l'on a fait l'incision plus bas, on n'a pas toujours trouvé l'organe sous la main. Lorsque l'incision s'est rapprochée de la ligne médiane, on est tombé sur le foie.

Le précepte de M. Labbé reste donc parfaitement applicable dans les cas où l'on intervient de bonne heure, l'estomac n'ayant pas été trop longtemps privé d'aliments et n'étant pas remonté dans l'abdomen; cependant la remarque de M. Lane-

longue est juste et l'on fera bien de s'en souvenir lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade qui n'aura pas mangé depuis quelques jours.

Sydney Jones, qui avait pris le muscle droit dans la suture, ayant observé après l'opération des spasmes de la paroi abdominale, L.-H. Petit propose de pratiquer l'incision dans l'interstice qui sépare le muscle droit des obliques. Cette précaution nous paraît inutile.

Albert (de Vienne), MM. J. Lucas-Championnière et Terrillon, au lieu de prendre un point fixe comme les cartilages costaux, préfèrent se guider sur le lobe gauche du foie.

A la suite des recherches qu'il a faites avec M. Souligoux, recherches que nous avons mentionnées plus haut, M. Reynier intervient maintenant sur la ligne médiane. Il donne comme raisons de cette manière de faire que la fistule est moins tirillée; de plus, on peut accoler plus facilement l'estomac aux parois de l'abdomen. Dans l'incision latérale, dit-il, l'étroite languette comprise entre cette incision et les cartilages costaux est pour ainsi dire rigide, immobilisée à cause de ses petites dimensions. L'estomac est donc obligé de se mobiliser pour venir vers elle, et par suite il est tirillé. Au niveau de l'épigastre, au contraire, sur la ligne médiane, la paroi est plus souple, se prête davantage aux mouvements de retrait et d'expansion. Elle peut aller vers l'estomac et lui épargner les tiraillements signalés dans le premier cas.

L'opération pratiquée sur la ligne médiane est fort possible, puisque M. Reynier l'a réalisée plusieurs fois et que M. H. Delagenière (du Mans) a employé ce procédé une fois (1). Mais si l'incision médiane est beaucoup plus propice pour l'exploration que l'incision latérale, elle expose d'autre part à tomber plus aisément sur le foie et sur le pylore. On est alors obligé de tirer la face antérieure de l'estomac pour établir la fistule à une certaine distance du pylore, et loin d'être à l'abri des tiraillements, on s'expose à des tractions plus fortes et plus répétées par suite des mouvements assez étendus que la respiration imprime au creux épigastrique.

On a également employé, pour trouver sûrement l'estomac, certains artifices ayant tous pour but de dilater cet organe, de manière à le mettre en contact avec la paroi abdominale.

Schoenborn adapte au bout d'une sonde œsophagienne une petite vessie en caoutchouc, qu'il insuffle une fois que l'extrémité inférieure a pénétré dans l'estomac.

Dans un cas de gastrotomie pour corps étranger, M. Félizet, avant d'endormir le malade, introduisit un tube de caoutchouc lequel fut après anesthésie complète, adapté à un ballon contenant de l'éther ; celui-ci fut plongé dans de l'eau à 60° afin de faire dégager des vapeurs qui devaient dilater l'estomac.

(1) H. Delagenière. *Revue de Chirurgie* 1891, p. 325.

Jacobi injecta dans l'estomac une solution de bicarbonate de soude et quelques minutes après une solution d'acide tartrique, Fowler remplace cette dernière par de l'acide chlorhydrique dilué.

Mais ces différents moyens, outre qu'ils ne sont point toujours possibles à cause de la sténose œsophagienne, peuvent n'être pas sans danger. Il importe, en effet, que l'opéré qui est soumis à l'action du chloroforme, ait ses voies respiratoires absolument libres. D'ailleurs, avec les points de repère que nous avons indiqués plus haut, ils sont parfaitement inutiles.

En somme, nous appuyant sur les données anatomiques de M. Labbé, mais tenant compte d'autre part de la juste remarque de M. Lanelongue et des observations d'Albert, J. Lucas-Championnière et Terrillon, nous pensons qu'il faut faire une incision latérale gauche, mais dans une paroi sonore située immédiatement au-dessous de la matité du foie. Cependant nous faisons des réserves au sujet de cette dernière indication. Il est bien entendu que nous considérons un foie normal, ou du moins dont les altérations sont peu profondes. Car dans le cas où cet organe serait considérablement augmenté de volume, on risquerait, en suivant la méthode d'Albert de faire une incision beaucoup trop basse. Et d'ailleurs un foie aussi gros serait une contre-indication à l'intervention. En règle générale et à l'état normal, plus le thorax est large et moins le foie dépasse les fausses côtes.

Cette incision est menée parallèlement au rebord des fausses côtes gauches, à un centimètre et demi ou deux centimètres de ce rebord ; elle doit avoir une longueur de 5 à 6 centimètres, et son extrémité inférieure part d'une ligne fictive qui réunirait le bord inférieur des cartilages des huitièmes côtes. Cette longueur est suffisante ; elle a de plus l'avantage de ne point enlever à la paroi sa solidité. Nous devons dire cependant qu'on n'arrive pas toujours par cette incision à l'union des portions cardiaque et pylorique, comme le prétend M. Labbé. Le plus souvent on se rapproche du pylôre ; mais nous verrons par la suite que le siège de la fistule en cette région n'est point un obstacle au succès de la gastrostomie.

On divise à petits coups la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la couche musculo-aponévrotique. Il importe de lier les vaisseaux à mesure qu'on les sectionne et de faire une hémostase parfaite avant d'ouvrir le péritoine. L'anastomose de la mammaire interne avec l'épigastrique doit être surveillée.

Deux écarteurs font bâiller la plaie ; le péritoine, saisi vers le milieu de l'incision avec une pince à griffes, est ponctionné au bistouri. Par cette ouverture, un instrument tranchant guidé sur la sonde cannelée ou bien des ciseaux serviront à inciser la membrane dans toute l'étendue de la plaie. Des pinces à forcipressure sont aussitôt placées sur les lèvres de la séreuse qu'elles retiennent au dehors.

B. — Recherche de l'estomac.

Voilà donc la cavité abdominale complètement ouverte. Il s'agit maintenant d'aller à la recherche de l'estomac et de l'attirer dans la plaie pour l'y fixer.

Chez les sujets dont le jeûne a été prolongé, l'estomac est rétracté vers des insertions fixes, caché au fond de l'abdomen sous le diaphragme, contre la colonne vertébrale. Mais si l'on fait la gastrostomie précoce, cet organe sera facile à découvrir. Il existe pour cela un point de repère qui permet de ne pas s'égarer. C'est le bord antérieur du foie qui apparaît immédiatement dans la plaie. Le chirurgien reconnaît donc ce bord avec deux doigts introduits dans l'abdomen : il abaisse au besoin le côlon transverse, et recherche sous le foie et à gauche la petite courbure de l'estomac et la face antérieure de la grosse tubérosité.

M. Poncet fait remarquer que chez les sujets qui ont conservé un certain degré d'embonpoint, la paroi est épaisse et l'épiploon, volumineux, cache la masse gastro-intestinale. Il utilise cette remarque pour arriver sûrement sur l'estomac par des tractions douces et répétées, menées de haut en bas sur cet épiploon. Il est bien entendu que ces manœuvres se font avec les précautions d'asepsie les plus rigoureuses.

Le chirurgien attire donc au-dehors la paroi

antérieure qu'il a saisie, cherchant à se rapprocher de la grande courbure. Mais dans certains cas, l'estomac, revenu sur lui-même par le fait de l'inanition, se présente sous la forme d'un canal allongé oblique vers la paroi. Comment le chirurgien pourra-t-il le distinguer de l'intestin ? M. Berger indique les caractères suivants : attiré dans la plaie, l'estomac a une épaisseur de paroi, une consistance charnue et musculaire que n'a jamais l'intestin. Sa surface, d'un blanc rosé, ne présente ni bosselures, ni tractus longitudinaux, comme celle du gros intestin. Les vaisseaux sont très volumineux et ils offrent la disposition des vaisseaux gastro-épiploïques, bien différente de celle en arcades des vaisseaux mésentériques. En suivant la face antérieure de l'estomac, le doigt arrive à droite, à la vésicule biliaire ; à gauche, il s'enfonce dans l'hypochondre et peut remonter dans la direction du cardia ; en haut, rien ne s'interpose entre la face inférieure du foie et le viscère que l'on a saisi ; enfin, en bas, on peut constater l'existence du grand épiploon, et attirer à sa suite le côlon transverse (1).

C. — Fixation de l'estomac.

Lorsqu'on s'est assuré qu'on a bien l'estomac sous les yeux, il faut le retenir au-dehors sous forme d'une sorte de hernie qui remplit exacte-

(1) Berger. Bull. de la Soc. de chir. 1883, p. 220.

ment la plaie. Pour prévenir le retrait de cette portion herniée, on traversait autrefois sa base parallèlement à la paroi abdominale avec deux longues aiguilles à acupuncture qui reposaient sur la surface cutanée. Cette manière de faire exposait la cavité péritonéale à l'infection par le contenu stomacal qui pouvait suinter à travers ces ouvertures. Aussi a-t-elle été abandonnée et préfère-t-on aujourd'hui saisir l'estomac avec une pince de Kocher ou bien le faire maintenir par les doigts d'un aide. Ce dernier procédé est un peu gênant pour l'opérateur, tandis qu'une pince couchée sur la paroi laisse le champ plus large.

A ce moment va commencer le temps le plus important de l'opération. La cavité péritonéale doit être parfaitement close afin que, lorsqu'on ouvrira l'estomac, tout épanchement des liquides contenus dans ce viscère soit impossible. Sur ce point l'accord est parfait entre tous les chirurgiens. Mais les méthodes employées diffèrent suivant les opérateurs.

Tandis que M. Verneuil enfonce l'aiguille à huit millimètres des bords de l'incision, traverse toute la paroi y compris le péritoine, puis deux fois les tuniques stomacales, et qu'il emploie des fils d'argent, Howse procède différemment. Ce chirurgien, en effet, avait compris les dangers de cette méthode, car Kraske (1), qui lui aussi traversait

(1) Centralblatt für chirurgie, 1881.

toute l'épaisseur des parois stomacales, avait perdu un de ses opérés de péritonite localisée à la face antérieure de l'estomac. Cependant le viscère n'avait pas été ouvert et la mort, survenue au bout de trente-deux heures, n'a pu être attribuée qu'à un épanchement des matières par les points de suture.

Howse fixe donc l'estomac par deux rangs circulaires de sutures, l'un externe de 7 à 8 fils qui traversent la paroi abdominale et cheminent dans la couche musculaire du viscère, puis ressortent à travers la paroi; l'autre rang de sutures fixe la face antérieure de l'estomac aux bords de la plaie. Un autre procédé du même auteur consiste à saisir l'estomac à l'aide de deux pinces sans trop serrer pour éviter la gangrène. Ces pinces, dont les mors sont garnis de caoutchouc, sont laissées en place pendant 6 à 8 jours pour donner aux adhérences le temps de se former. Cette méthode est à rejeter, car il nous semble bien difficile de limiter l'action des pinces.

Rejetant les fils métalliques qui coupent trop facilement les tissus, et s'inspirant du procédé de Howse qui ne pénètre point dans l'estomac, M. Terrier complète ces deux méthodes (1). Il place six points de suture, dont quatre sont parallèles à l'incision, tandis que les deux points extrêmes lui sont perpendiculaires. Chaque anse de fil pénètre

(1) Revue de chirurgie, 1990, p. 198.

du côté de l'estomac dans la séreuse et dans la musculieuse, dans une étendue de 1 centimètre environ, et les deux extrémités de l'anse, après avoir perforé la séreuse pariétale, viennent se nouer dans l'épaisseur de la paroi abdominale sectionnée. Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessus et au-dessous de l'union à l'estomac par des points de catgut qui comprennent le feuillet pariétal séreux et une partie seulement de l'épaisseur de la paroi.

Il nous semble que par ce procédé l'estomac ne serait pas assez solidement fixé si M. Terrier, qui fait l'opération en un seul temps, ne suturait, après l'ouverture de l'estomac, les trois tuniques de ce viscère à la paroi sectionnée. C'est surtout ce dernier temps de l'opération qui donne de la solidité aux adhérences. Mais lorsqu'on fait la gastropexie et que l'on ne se propose de ponctionner l'estomac que plus tard, il faut pratiquer une fixation plus sûre avant de refermer l'abdomen. Aussi M. Schwartz, partisan de la gastrostomie en deux temps, opère-t-il de la façon suivante :

Pendant qu'un aide maintient l'estomac hernié avec une pince de Kocher, notre maître passe d'abord deux gros fils de soie dans les deux angles de la plaie pariétale et dans la tunique du viscère, sans toutefois la traverser dans toute son épaisseur. Puis il applique de chaque côté de l'incision six points de suture séro-séreux, ne comprenant, par conséquent, que le péritoine viscéral et le péri-

toine pariétal. Tous ces points sont faits avec du fil de soie. La cavité péritonéale est donc fermée. Mais il reste encore entre les points de suture de petites languettes séreuses au niveau desquelles la fermeture pourrait n'être point complète ; d'autre part, les deux feuillets péritonéaux ne sont pas suffisants pour donner attache à l'estomac ; ils sont trop minces et risqueraient fort de se déchirer ou de se décoller, surtout le feuillet pariétal. Aussi une seconde couronne de sutures va-t-elle compléter l'occlusion de la cavité péritonéale et réaliser la fixation de l'estomac à la paroi.

M. Schwartz pratique alors une seconde série de sutures au crin de Florence, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et les couches musculo-séreuses de l'estomac. Les crins traversent le feuillet pariétal au niveau des languettes péritonéales intermédiaires aux fils de la première couronne. De cette façon, on n'a pas seulement une ligne de sutures, mais on accole des surfaces péritonéales, ce qui donne plus de sécurité.

Un fil de soie est passé dans la paroi du viscère au niveau du point central, pour servir plus tard de guide dans la ponction de l'estomac.

Cela fait, il ne reste plus qu'à fermer au-dessus et au-dessous la plaie abdominale au moyen de sutures au crin de Florence. On ne laisse à découvert qu'une surface stomacale grande comme une pièce de cinquante centimes environ.

La méthode que nous venons d'exposer a l'avant-

tage d'assurer d'une façon absolue la fermeture de la cavité péritonéale et la fixation de l'estomac à la paroi abdominale par deux couronnes de sutures qui se complètent mutuellement. Ce n'est plus le procédé long et difficile de Howse, car on ne s'éloigne pas des bords de l'incision ; il diffère également de celui de M. Terrier plus simple, il est vrai, que celui [du chirurgien anglais. Mais cette différence tient à ce que l'estomac n'étant pas ouvert, il convient de le fixer par d'autres moyens. Avec ce genre de sutures, on aura plus tard, à l'ouverture de l'estomac, un trajet tapissé en grande partie par la muqueuse gastrique puisque l'on traverse dans la seconde série de sutures toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Les crins de Florence ne prennent pas dans leur anse la muqueuse de l'estomac, c'est vrai ; mais celle-ci suit les autres tuniques dans leur accolement aux bords de l'incision, et au moment de la ponction du viscère, elle se continuera pour ainsi dire avec la peau dont elle ne sera séparée que par l'épaisseur de la musculuse et de la séreuse. M. Schwartz réalise ainsi avant d'ouvrir l'estomac, ce que fait M. Terrier après l'ouverture de cet organe, mais avec cette différence que plus tard la muqueuse, n'étant pas éversée, ne sera pas exposée aux irritations extérieures. Et il obtient du même coup un trajet fistuleux dans un tissu cicatriciel qui présente assez de résistance aux causes qui tendraient à l'agrandir.

Signalons, avant de terminer une manœuvre ingénieuse mise en pratique par M. Poncet, d'après le conseil de Witzel (de Bonn). Pour ne pas embrasser une trop grande surface de la paroi de l'estomac et pour que cette paroi soit bien tendue au moment où on la fixe, cet habile chirurgien place d'abord un fil; après quoi, il rentre l'estomac dans l'abdomen, puis place successivement les autres fils sur les points qui affleurent les bords de la plaie. Cette modification permet d'inciser l'estomac dans de meilleures conditions; aussi, bien qu'elle ne soit pas indispensable, avons-nous cru bon de la signaler.

CHAPITRE III

DEUXIÈME PHASE : GASTROSTOMIE

Voilà donc l'estomac solidement fixé à la paroi abdominale; il ne peut s'en écarter. Le péritoine est parfaitement clos; nous sommes à l'abri d'un épanchement quelconque dans la cavité de ce dernier: nous pouvons donc ouvrir le viscère.

Mais ici les opinions sont partagées. Aussi avons-nous deux ordres d'idées à envisager: 1^o Quand faut-il établir la fistule? 2^o Comment convient-il de la pratiquer? Ces deux questions, ainsi qu'on va le voir, ont leur importance; la seconde principalement est capitale. Il s'agit, en effet, d'éviter un des graves dangers consécutifs à l'opération telle qu'elle était pratiquée autrefois.

A. — *Moment d'ouvrir l'estomac.*

La question du moment où l'on doit établir la fistule gastrique a été de tout temps très discutée. Nous avons vu qu'Egeberg conseillait d'attendre un ou deux jours, afin que les adhérences protégéassent le péritoine contre l'épanchement des matières stomacales. Lors de sa première gastrostomie, Sédillot, contrairement aux préceptes du

chirurgien danois, ouvrit l'abdomen et l'estomac dans la même séance ; mais il fit la deuxième en deux temps. Après lui, Jouan (de Nantes) attendit une trentaine d'heures avant d'ouvrir l'estomac. Mais c'est surtout Howse qui a vulgarisé l'opération en deux temps. Ces chirurgiens voulaient ainsi éviter la péritonite et apporter plus de sécurité dans l'exécution de la gastrostomie. De ce nombre sont encore Albert (de Vienne), Carl Langenbuch, Barwell et John Morgan.

D'autres opérateurs, surtout depuis l'introduction de l'antisepsie dans la pratique chirurgicale, ont conseillé et pratiqué la gastrostomie en un seul temps. Ils voyaient dans cette manière de faire des avantages considérables. Puisque les méthodes antiseptiques mettaient à l'abri de l'infection, pourquoi cette longue attente préjudiciable au malade ? le temps était précieux pour lui, et il fallait l'alimenter sans retard.

En effet, les adhérences péritonéales s'établissent rapidement, surtout lorsque la séreuse est indemne de toute infection. Au bout de quelques heures, la cavité est suffisamment close. Le malade, littéralement affamé, devrait bien, semble-t-il, bénéficier aussitôt d'une alimentation dont il a le plus grand besoin. Nous voulons bien admettre que ces considérations militent en faveur de l'ouverture immédiate de l'estomac. Mais cette manière de faire doit être une opération d'urgence. Pour que le chirurgien agisse de la sorte, il faut

qu'il ait la main forcée par l'état d'un malade dont le besoin d'alimentation soit impérieux. Sûr de son asepsie et de ses sutures, il aura un succès opératoire incontestable, et il ne gagnerait d'ailleurs rien à attendre plus longtemps.

Mais en sera-t-il de même au point de vue des suites, et le succès thérapeutique viendra-t-il justifier sa conduite ? Le cancéreux, affaibli par l' inanition et la cachexie, a de grandes chances pour ne pas supporter le shock opératoire, et alors l'intervention devient non seulement inutile, mais encore désastreuse. Comment faire alors ? Faudra-t-il que le chirurgien, intervenant à une époque où le malade avale encore sans trop de difficulté, lui impose une fistule gastrique dont il ne fera usage que plus tard, à la période d'obstruction complète ? Ce serait créer à celui-ci des ennuis au moins inutiles, et c'est alors vraiment qu'on pourrait blâmer les partisans de la gastrotomie. Aussi préférons-nous scinder l'opération. Seulement notre but dans ce cas n'est point de nous mettre à l'abri de la péritonite au moyen d'adhérences dont nous attendons la formation ; nous n'avons en vue que l'alimentation du malade, et nous subordonnons l'époque de l'ouverture stomacale aux nécessités de cette alimentation.

Il faudra donc, une fois l'estomac fixé à la paroi par une gastropexie préalable, faite avant la période de cachexie et d' inanition, pratiquer la fistule lorsque le rétrécissement œsophagien ne lais-

sera plus passer une quantité d'aliments suffisante ; Cette ponction ne fait subir au malade aucun traumatisme et la douleur qu'elle provoque est insignifiante.

On peut ainsi alimenter le malade par cette nouvelle voie sans que son organisme ait eu à supporter le moindre shock opératoire ; c'est un avantage considérable pour un sujet dont la santé devient chancelante ; c'est aussi un progrès pour la gastrostomie.

La seconde phase de l'intervention étant subordonnée à la marche de la maladie, on comprend que l'intervalle qui sépare les deux actes opératoires ne puisse être déterminé à l'avance ; il varie, suivant les cas, de quelques jours à plusieurs semaines. Cet espace de temps peut être d'autant plus long que la gastropexie a souvent pour résultat d'améliorer la déglutition et d'atténuer ou même de faire disparaître les douleurs causées par le néoplasme. Ce fait, observé par bon nombre de chirurgiens, peut s'expliquer par la cessation du spasme œsophagien qui accompagne le rétrécissement. L'amélioration de la déglutition a été parfois assez considérable pour que le malade ait pu vivre encore plusieurs mois sans subir la gastrostomie.

B. — Manière d'ouvrir l'estomac.

Nous faisons allusion, à la fin de notre chapitre sur les causes de la gravité de la gastrostomie, à

un inconvénient signalé par tous les opérateurs. Cet inconvénient qui, disions-nous, a été supprimé depuis peu, résultait de l'impossibilité à peu près complète d'obtenir une occlusion parfaite et surtout durable de l'orifice pratiqué à l'estomac.

Jusqu'en 1882, les chirurgiens faisaient à l'estomac une ouverture assez considérable de un à deux centimètres de longueur. On introduisait par là une grosse sonde en caoutchouc que l'on fixait par des fils et qui servait à l'alimentation. Mais la sonde avait l'inconvénient de dilater l'orifice et l'on voyait souvent entre elle et la paroi de la fistule un écoulement de matières stomacales qui était l'origine de graves complications. L'irritation des téguments voisins de la fistule était bientôt suivie d'excoriations, d'ulcérations, d'érythèmes aigus, de phlegmons de la paroi par infection ; enfin le suc gastrique opérait de véritables auto-digestions. De là, un agrandissement plus considérable de la fistule, des perforations péritonéales ; de là, des douleurs, des portes d'entrée ouvertes à l'infection. La gastrostomie, loin de remplir son but, qui était d'alimenter le malade, devenait pour lui une infirmité pénible et dégoûtante. Un épuisement rapide, un découragement profond, une fièvre plus ou moins intense, quelquefois des accidents de pyohémie, tels étaient les résultats de ces complications.

Aussi toute l'attention des chirurgiens s'est-elle portée sur ce fait : empêcher l'agrandissement de

la fistule et l'issue au dehors des matières stomacales. Nous allons passer en revue les moyens multiples imaginés par les différents opérateurs pour empêcher ces graves complications.

Certains auteurs ont pensé que le siège de la région stomacale saisie avait une grande importance au point de vue l'écoulement du suc gastrique. Des idées d'ordre purement théorique ont égaré quelque temps des chirurgiens. On voulait s'éloigner à la fois du cardia et du pylore, points fixes, et choisir la grande courbure, loin du grand cul-de-sac, celui-ci étant un point trop déclive où on ne pourrait s'opposer à l'écoulement des liquides contenus dans l'estomac (Lanelongue, de Bordeaux). Mais il fallait aussi éviter les vaisseaux gastro-épiploïques qui occupent cette grande courbure, pour ne point s'exposer à une hémorrhagie inquiétante.

Larger (1), s'appuyant sur les recherches de Ev. Home, de Magendie, de Schiff, sur les siennes propres, croit que le lieu d'élection généralement admis comme étant le plus favorable au point de vue opératoire est, par contradiction bizarre, le moins heureux au point de vue fonctionnel. En ce point, c'est-à-dire à l'union des portions pylorique et cardiaque, au niveau du coude de l'estomac, il existe normalement un fort amas de fibres musculaires qui est le véritable centre moteur de l'es-

(1) Bull. de la Soc. de chir. 1883, p. 776.

estomac, le point où convergent et d'où partent tous les mouvements musculaires auxquels il semble donner le ton. Il suit de là qu'une fistule pratiquée au niveau du coude de l'estomac détermine dans les mouvements de celui-ci une perturbation analogue à celle que produirait, par exemple, dans la miction une fistule du col de la vessie.

Quel devra donc être le lieu d'élection ? Le cardiaque, dit Larger, car c'est le véritable estomac chimique, l'endroit où s'amassent les aliments pendant presque toute la durée de la digestion stomacale ; le pylore, qu'on sait être presque entièrement dépourvu de glandes pepsiques, n'étant qu'un organe de brassage, d'expulsion, analogue au gros intestin dont il prend la forme chez certains animaux, et même parfois chez l'homme.

Ces considérations anatomo-physiologiques ont sans doute leur importance, mais il nous semble qu'en l'espèce elles n'ont qu'un intérêt purement théorique. Comme le fait observer M. J. Lucas-Championnière, les gastrostomies guéries, comme celles dans lesquelles le malade a survécu assez longtemps, ont permis de constater que la bouche pylorique n'avait pas les inconvénients signalés par Larger. Que l'on choisisse la région pylorique ou la région cardiaque, le résultat obtenu est le même quand on injecte le liquide alimentaire dans l'estomac : distension de l'organe par ce liquide. De plus, le conseil de Larger présente au point de vue pratique l'inconvénient de faire exercer sur

les fils une traction continue qui pourrait aboutir à la section de l'estomac sur eux.

Quant aux vaisseaux, on peut facilement voir les plus volumineux d'entre eux et les éviter; on n'a donc point à se préoccuper outre mesure des hémorrhagies.

La seule chose importante est de choisir un point aussi élevé que possible. C'est ce qu'a réalisé M. Delagenière en pratiquant l'ouverture près du pylore (1).

Mais avant cette époque, l'obturation de la fistule stomacale par des appareils plus ou moins ingénieux avait exercé la sagacité des chirurgiens. tandis que Sédillot se servait de canules d'argent, d'autres ont employé des tubes en gomme ou des tubes métalliques montés sur une plaque obturatrice en caoutchouc.

Un malade opéré par Israël portait un appareil destiné à fixer le drain et à empêcher l'issue des liquides (obturateur de Langenbeck). L'auteur allemand le décrit ainsi : « Cet appareil consiste en un pessaire annulaire à air dont l'ouverture centrale correspond au diamètre du drain. Le drain, qui est long d'une dizaine de centimètres, est introduit jusqu'à moitié longueur, dans l'ouverture du pessaire qu'on insuffle, et alors le tube se trouve assujéti d'une façon absolument fixe. Ensuite on fait pénétrer le drain dans l'estomac jus-

(1) Revue de Chirurgie 1891, p. 326.

qu'à ce que le pessaire soit appliqué contre la paroi abdominale. Le pessaire est maintenu dans cette situation par une plaque de tôle, percée centralement pour donner passage au drain et reliée à une ceinture abdominale élastique à laquelle sont fixées des bretelles. Le drain est fermé par un robinet (1). »

M. Lanelongue (de Bordeaux) et quelques chirurgiens étrangers (Schoenborn, Weljaminsow) font usage de tubes entourés d'un petit ballon de caoutchouc ou de baudruche que l'on peut gonfler de manière qu'il se dilate de chaque côté de l'orifice.

Un appareil à peu près semblable a été imaginé par M. Terrillon dont le malade fut présenté à l'Académie de médecine (2). Il se compose de deux ballons en caoutchouc : l'un, plus petit, est introduit dans l'estomac ; l'autre, plus volumineux, est situé au dehors. Une partie intermédiaire sert à les réunir. Au ballon extérieur est adapté un tube muni d'un robinet qui, au moyen d'une pompe à poire en caoutchouc et à soupapes, donne passage à l'air. Quand ils sont gonflés ils tendent à se rapprocher et à comprimer les bords de l'ouverture stomaco-abdominale. Un long tube, de la grosseur du pouce, traverse les deux ballons en passant par la partie intermédiaire. Il est libre au dehors et sert à l'alimentation.

(1) Berlin. Klin. Wochens., n° 9, page 89, 17 février 1879.

(2) Bull. de l'Acad. de méd., 6 mars 1888.

Il y a deux ans, M. Reynier présentait à la Société de chirurgie une canule destinée à rester à demeure dans l'ouverture. « Après l'introduction de la canule, quatre valves peuvent, par un mécanisme particulier, se relever à angle droit dans la cavité stomacale et fixer la canule. On a tâché d'obvier ainsi à un des accidents les plus fréquents consécutifs à la gastrostomie, l'expulsion continuelle de toutes les canules connues jusqu'à présent » (1).

Tous les divers appareils que l'ingéniosité des chirurgiens et des fabricants a pu créer ont eu le même sort. Aucun n'a rempli l'indication qu'on en attendait. Bien plus, la fistule, sur les bords de laquelle ils prenaient un point d'appui, ne faisait que croître et embellir; et cet agrandissement était d'autant plus considérable que l'on remplaçait les tubes, dès qu'ils devenaient insuffisants, par d'autres de plus gros calibre. On arrivait donc à un résultat tout à fait opposé à celui que l'on se proposait d'obtenir : l'agrandissement de l'orifice et par suite l'écoulement du suc gastrique étaient favorisés. En outre, ces appareils étaient fort gênants et se détérioraient.

Aussi dans ces derniers temps, un certain nombre de chirurgiens ont-ils proposé différents procédés de gastrostomie. Il avaient tous pour but de placer l'incision dans de telles conditions qu'elle ne devait pas s'élargir.

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1891, p. 248.

C'est ainsi que Girard (1) cherche à former un sphincter. Il fait au milieu du muscle grand droit une incision verticale de 15 centimètres environ, ouvre la cavité abdominale et fixe le péritoine. A ce moment, il dissèque de chaque côté, dans le muscle droit, une sorte de pont de 10 centimètres de long sur 12 à 15 millimètres de large, qu'il libère dans toute leur étendue sauf à leur extrémité, et qu'il croise ensuite pour former un sphincter. Cela fait, il fixe l'estomac, l'ouvre et y met une sonde à demeure. On ne peut malheureusement apprécier la valeur de ce procédé, car le malade de Girard mourut le lendemain de l'opération.

Witzel (de Bonn) a voulu lui aussi former un sphincter, mais il n'entrecroise pas les faisceaux musculaires du grand droit qu'il se contente d'inciser et de séparer longitudinalement.

Un autre chirurgien, von Hacker, fait, à deux centimètres et demi ou trois centimètres à gauche de la ligne médiane, entre la deuxième et la troisième intersection du muscle droit, une incision intra-musculaire commençant à un travers de doigt au dessous du rebord costal. Il y fixe l'estomac et pratique une fistule de 7 à 8 millimètres dans laquelle il place au début un tube de caoutchouc, et plus tard un obturateur. On obtient par ce procédé, sinon un sphincter dans le sens anatomique du mot, du moins une occlusion assez

(1) Correspond. Blatt. für Schw. Aertze, n° 11, 1888.

bonne de la fistule (1). Sydney Jones et les auteurs anglais recommandent la fistule intra-musculaire.

Il faut croire que les divers procédés qui avaient pour but de créer une sorte de sphincter autour de la fistule n'avaient pas pleinement satisfait les chirurgiens. Nous voyons, en effet, Hahn (2) (de Berlin) préconiser une méthode assez originale, mais bien compliquée. Ce chirurgien affirme, après de nombreuses recherches sur le cadavre, qu'il n'y a pas de danger de léser soit le diaphragme, soit la plèvre, en incisant l'extrémité antérieure du huitième espace intercostal.

Il fait donc une incision abdominale parallèle au rebord des fausses côtes gauches, par laquelle il va à la recherche de l'estomac ; cet organe, saisi avec une pince introduite par une seconde incision faite dans le huitième espace intercostal du même côté, est suturé au niveau de cette dernière, tandis que la plaie abdominale est refermée. On ouvre l'estomac de suite ou bien ultérieurement selon les cas.

Voici, dit-il, les avantages de ma méthode :

1° Un estomac petit et contracté peut être fixé plus facilement en cet endroit ;

2° La réunion est plus exacte et plus certaine que dans la plaie abdominale ; le contenu stomacal très nuisible à la sûreté des sutures, ne vient pas, en effet, salir la plaie ;

(1) Wiener Klin. Wochenschrift, nos 31, et 32, 1888.

(2) Centralblatt für chirurgie n° 11, 1890.

3^e La nutrition peut mieux se faire, car pendant qu'on verse les aliments à travers un tube dans l'estomac, on ne remarque pas qu'une partie reflue à côté du tube ; les cartilages costaux agissent comme un robinet de sûreté.

Plus tard, à cause de cette résistance des cartilages, on n'observera pas un agrandissement de la fistule stomacale (1).

Von Hacker, qui a eu deux fois recours au procédé de Hahn, a observé un écoulement de suc gastrique par l'ouverture et une ulcération des tissus jusqu'aux côtes ; d'ailleurs, cette manière de faire ne dispense pas toujours des obturateurs. Aux inconvénients des autres méthodes elle ajoute celui d'être plus compliquée.

Un autre procédé tout aussi compliqué et dont les avantages sont loin d'être démontrés est le suivant dû à Frank. Son auteur le décrit ainsi dans une communication à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne (2).

On fait, comme toujours, une incision parallèle au rebord des fausses côtes et on attire l'estomac en dehors. Puis, dans l'espace intercostal supérieur, on fait une seconde incision parallèle à la première et on dissèque la peau comprise entre les deux incisions, de façon à former un pont cutané. L'estomac est alors attiré sous ce pont et fixé, après

(1) 19^e Congrès de la Soc. allem. de chir. 1890.

(2) Séance du 9 décembre 1892.

son ouverture, au niveau de l'incision supérieure tandis que l'inférieure est fermée par une série de sutures. De cette façon, on a un canal qui contourne la côte et dont le point le plus élevé est au-dessus du niveau de l'estomac, ce qui fait que tout écoulement de liquides devient impossible quand même le malade ne porte pas de pelote ni de sonde obturatrice.

M. Delagenière, s'appuyant sur un cas de M. Terrier à propos du lieu d'élection dans l'extraction des corps étrangers de l'estomac (1), fit une incision sur la ligne médiane; par cette voie il établit la fistule dans la région pylorique, trouvant là un avantage dans sa position élevée par rapport au cul-de-sac de l'organe.

Enfin, M. Terrier et ses élèves, dans le but d'empêcher la digestion de la fistule, ont suturé la muqueuse gastrique aux bords de l'incision abdominale. Ils ont ainsi utilisé, en la perfectionnant, une pratique de M. Berger qui, lui, suturait la muqueuse à l'aponévrose du transverse. L'estomac est ouvert dans le sens de la longueur de l'incision cutanée; alors ses tuniques y compris la muqueuse, sont traversées de chaque côté par un fil de catgut ou de soie, qui est ensuite conduit à travers les muscles et les téguments. De cette façon, l'ouverture stomacale confond ses lèvres avec celles de l'incision cutanée, et la muqueuse de l'estomac se continue directement avec la peau.

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1889, p. 436.

Mais ce retroussement de la muqueuse n'est pas sans inconvénients. Cette membrane est susceptible de s'enflammer sous l'influence des irritations extérieures ; elle peut également devenir le siège de quelques douleurs et de légères hémorrhagies. De plus, dans chaque angle de l'incision stomacale, l'adossement des tuniques à la peau est impossible et il peut exister en ces endroits une solution de continuité compromettant le succès de l'opération. Enfin, l'introduction de la sonde est quelquefois difficile ; et il importe que cette manœuvre ne rencontre aucun obstacle, surtout si on ne laisse pas cet instrument à demeure, car alors le malade doit l'exécuter plusieurs fois par jour.

Cependant, là ne se bornaient pas les perfectionnements apportés au manuel opératoire de la gastrostomie. Déjà Bryant (1), en 1882, avait insisté sur la nécessité de faire un orifice stomacal aussi petit que possible. Il ouvrait l'estomac sur une très petite étendue de façon à laisser passer une sonde n° 20 de la filière Charrière. A cet effet il utilisait un ténotome. Cette manière de faire avait toujours été couronnée de succès. M. Terrier l'avait adoptée en y ajoutant les modifications que nous avons signalées, ce qui lui était possible, puisqu'il opérait en un seul temps.

Malgré ces perfectionnements on observait

(1) Medical Society of London, 15 avril 1882.

encore parfois un écoulement de suc gastrique. Les obturateurs, en effet, jouaient dans l'estomac le rôle de corps étrangers et dilataient constamment la fistule ; bien souvent ils étaient expulsés par des efforts de vomissement et des contractions de l'organe révolté. Aussi M. Delagenière pensait-il à supprimer l'obturateur ou plutôt à le remplacer par un condom introduit plissé dans la fistule. Le bout en avait été préalablement coupé.

Néanmoins la présence d'un corps étranger dans la fistule est toujours désagréable et nécessite des soins assidus de propreté. M. Hartmann (1), pratiquant une gastrostomie le 18 septembre 1890, sur une femme de 59 ans, déjà très amaigrie, eut l'heureuse idée de ne rien mettre dans la fistule et de ne pas chercher à l'obturer, comme on le faisait d'habitude. L'opération fut faite d'après le procédé de M. Terrier, et M. Hartmann comptait sur l'adossement des plis formés par la muqueuse et sur la souplesse de ce trajet cutanéomuqueux pour s'opposer à l'issue des liquides. Le résultat fut excellent de ce côté-là, et on put constater l'intégrité parfaite des téguments autour de la plaie. Tout d'abord, cette conduite parut étrange à certains chirurgiens, tellement la nécessité des obturateurs paraissait démontrée à leurs yeux. Mais M. Hartmann eut bientôt des imitateurs et ceux-ci reconnurent sans peine l'efficacité de la

(1) Bull. de la Soc. anat. 1891, p. 117 à 128

méthode. En 1882, Bryant avait lui aussi supprimé la sonde obturatrice, mais cette pratique n'était point connue de M. Hartmann en 1890. A la suite du chirurgien français, MM. Schwartz, Poncet, Monod et Reynier laissèrent aux petites dimensions de la fistule le soin de s'opposer à tout écoulement venant de l'estomac, et ils obtinrent de pleins succès.

On avait donc trouvé la formule capable d'empêcher les inconvénients qui avaient rendu les suites opératoires si mauvaises : ouverture très petite, absence totale d'obturateur.

M. Poncet (1) et ses élèves Tillier (2) et Nové-Josserand (3) sont venus dans ces derniers temps soutenir avec beaucoup de talent, et faits à l'appui, un procédé qui donne encore plus de sécurité et procure de plus grands avantages. En prenant comme ligne de conduite l'opération en deux temps à intervalle indéterminés et subordonnés à l'état du malade, conduite que nous avons défendue dans la première partie de notre travail, M. Poncet arrive à faire non plus un orifice, non plus seulement une bouche stomacale, mais un véritable canal. Ce tunnel étroit, d'une longueur moyenne de deux à trois centimètres, représenté par l'épaisseur des tuniques de l'estomac et par celle de la

(1) Mercredi médical, mars 1892, p. 145.

(2) Thèse de Lyon 1891.

(3) Gazette hebd. de méd. et de chir. avril 1892, p. 208.

paroi abdominale, est compris dans un tissu de cicatrice ancien, induré, élastique. Il met ainsi complètement à l'abri de l'écoulement au-dehors des liquides gastriques et assure parfaitement l'alimentation. On réalise de la sorte une véritable fistule et l'on justifie le mot de gastrosyrinxie (γαστήρ estomac, σπινξ fistule), nom que Sédillot s'était proposé de donner à l'opération qui nous occupe. C'est, en somme, un véritable œsophage contre nature.

Le point capital est donc de faire à l'estomac une ouverture aussi petite que possible ; c'est là surtout le secret de l'occlusion du trajet, car le point de l'estomac où se pratique cette ponction importe moins que les dimensions que l'on donne à l'incision.

Il nous reste donc à faire connaître la manière d'y parvenir dans les meilleures conditions.

Les chirurgiens qui, comme M. Terrier, opèrent en un seul temps, sont obligés, pour pouvoir retrousser la muqueuse stomacale et la suturer à la peau, de faire une incision relativement large et ils se servent du bistouri. Mais dans les conditions où nous nous sommes placé, avec un tissu cicatriciel, avec une paroi stomacale déjà intimement unie à la face antérieure de l'abdomen, on peut se montrer moins généreux. Un bistouri très fin ou un ténotome, guidé sur le fil de soie que l'on a eu le soin de laisser au milieu de la cicatrice, doit cheminer obliquement dans l'épaisseur des

tissus jusqu'à l'intérieur de l'estomac. On obtient ainsi deux surfaces de section taillées en biseau, qui, par leur application l'une contre l'autre, ferment parfaitement l'ouverture, réalisant une sorte de valvule. Cette manière de faire est bien préférable au procédé qu'a récemment employé Witzel (1). Ce chirurgien décolle la muqueuse de la musculuse de manière à constituer une véritable soupape qui se fermerait par l'effort même des liquides tendant à sortir du viscère. Mais nous croyons que ce moyen, si ingénieux qu'il paraisse, doit être rejeté, car il est d'une exécution difficile et dangereuse ; il expose, en outre, à des difficultés et à des accidents fâcheux lors du passage de la sonde.

Il y a quelque temps encore, dans le but d'éviter les hémorrhagies, on se servait du thermocautère ; mais cet instrument cause une perte de substance, accident qu'il faut absolument éviter, et donne par la suite une cicatrice moins souple.

Le trocart, également employé par certains chirurgiens, donne, il est vrai, une ouverture suffisamment petite ; mais lorsqu'on pousse l'instrument, sa partie conique étant très courte, il devient subitement trop large et agit d'une façon relativement brutale. Lorsque les nécessités de l'alimentation obligent à ouvrir l'estomac peu de temps après la gastropexie, ce moyen expose à de légères ruptures des adhérences gastro-pariétales.

(1) Centralblatt für chirurgie, 1891.

Nous devons faire observer, avant de clore cet exposé du manuel opératoire, que M. Poncet a supprimé dernièrement les deux fils conducteurs qu'il laissait dans chaque angle de la plaie. Cette manière de faire lui paraît préférable, la fistulette que ces fils entretiennent pouvant servir de voie à l'infection et nécessitant un pansement constant. Cette crainte paraîtrait exagérée si l'on était sûr que le malade veillera toujours avec soin à la propreté de la région. Mais comme celui-ci est destiné à vivre en dehors de la surveillance journalière du chirurgien jusqu'au moment où la sténose œsophagienne exigera l'ouverture de son estomac, cette pratique nous semble fort acceptable. Si l'estomac a été fixé, comme il doit l'être, au milieu de la plaie, sur une étendue suffisante, une petite incision pratiquée en ce point conduira sûrement dans sa cavité.

La ponction faite avec le ténotome réalise le minimum de traumatisme et ne donne point lieu à une hémorrhagie appréciable. L'ouverture doit être suffisante pour admettre une sonde urétrale en caoutchouc rouge n° 9 ou 10, que l'on introduit immédiatement. Cette sonde, très souple, fixée avec un crin de Florence, ne sera laissée en place que deux ou trois jours dans le but de calibrer le trajet. Au bout de ce temps, on la retire pour la remplacer par une sonde en gomme à bout olivaire, plus rigide. Cet instrument ne sera introduit dans la fistule qu'au moment des repas,

a. ceme

Trois mois après l'opération.



no laus

On ne voit dans la cicatrice que le bourrelet stomacal en partie cutisé, et dans lequel se cache l'orifice de la fistule.

et le malade apprend lui-même très rapidement l'exécution de cette petite manœuvre. De cette façon, l'estomac n'est point excité par la présence continuelle d'un corps étranger au contact de la muqueuse, les liquides n'ont aucune tendance à sortir par la fistule et le malade évite ainsi une source de désagréments et de malpropreté. En outre, l'orifice cutané, au lieu de présenter une ouverture béante, se referme lorsque la sonde est retirée; ses bords s'appliquent l'un contre l'autre et il semble au premier abord qu'il n'y ait pas d'orifice.

Cette occlusion parfaite de la fistule est bien mise en évidence dans une observation publiée par M. Nové-Josserand, interne des hôpitaux de Lyon, et empruntée à la pratique de M. Poncet. Le malade qui en fait l'objet était porteur d'un cancer du pylore constaté au cours de l'opération et vérifié à l'autopsie. Or, malgré la présence de cette tumeur, qui devait gêner singulièrement la circulation des liquides dans l'estomac, la fistule gastrique n'a laissé suinter aucune goutte de liquide stomacal, sauf pendant les premiers jours. Ce dernier incident s'explique par la présence de la sonde à demeure destinée à calibrer le trajet.

CHAPITRE IV

SOINS CONSÉCUTIFS.

Le malade porteur d'une fistule stomacale va donc, à partir du jour où l'estomac a été ponctionné, compléter par cette ouverture son alimentation devenue insuffisante par les voies naturelles. Mais les dimensions de la plaie ne lui permettent que l'introduction d'aliments liquides.

De quelles substances sera composée sa nourriture et comment la fera-t-il pénétrer dans son estomac ?

Cette alimentation est des plus simples et en même temps des plus substantielles : bouillon, lait, jus de viande, vin, café, alcool. On y joint avec avantage des œufs crus et de la poudre de viande que l'on délaye dans le bouillon ou dans le lait.

Dès les premiers jours on fait passer ces liquides par la sonde en caoutchouc qui reste à demeure ; mais lorsque celle-ci est retirée, on la remplace, ainsi que nous l'avons déjà dit, par une sonde en gomme à bout olivaire. Cette sonde est introduite exclusivement pendant le temps que dure l'alimentation artificielle. Cependant



Le malade s'alimente à l'aide de la sonde adaptée à un injecteur.

lorsque le trajet aura de la tendance à se rétrécir et que le passage de l'instrument deviendra un peu difficile, on pourra, sans qu'il en résulte aucun inconvénient, laisser la sonde dans la fistule pendant tout l'intervalle qui sépare deux repas. On obtiendra ainsi une dilatation suffisante pour rendre les cathétérismes ultérieurs plus aisés.

A l'extrémité de la sonde qui se trouve au-dehors est adapté un entonnoir en verre dans lequel on verse les liquides qui doivent nourrir le malade. Mais la pesanteur pouvant n'être pas suffisante, pour faire pénétrer dans l'estomac les aliments un peu épais, Bryant avait fait placer sur son tube de caoutchouc une poire de même substance, comme on en voit sur les injecteurs, de façon à forcer les matières demi-liquides à passer par la petite sonde. On arrive au même résultat en remplaçant l'entonnoir par une seringue en verre. Le tout doit être soigneusement nettoyé après chaque repas, afin que les matières restées sur les parois de l'appareil ne puissent être par leur fermentation à l'air libre et leur pénétration lors du repas suivant une cause d'infection ou de troubles digestifs. L'estomac des cancéreux doit être, en effet, surveillé avec un soin jaloux, et lorsqu'il se présentera des symptômes de dyspepsie on pourra recourir aux lavages avec les eaux alcalines, telles que l'eau de Vichy. On soulagera ainsi les patients.

Plusieurs chirurgiens, attribuant les troubles digestifs observés chez certains opérés à l'absence

d'insalivation, ont conseillé de faire mâcher les aliments au malade et de les lui injecter ensuite dans l'estomac. On a même imaginé des appareils pour opérer ce transport à table. Nous croyons ces manœuvres parfaitement inutiles, car si certains malades digèrent mal, c'est parce que l'évolution du cancer œsophagien trouble leurs sécrétions gastriques; c'est aussi parce que le néoplasme se propage quelquefois à l'estomac. Une autre cause de ces troubles digestifs est l'usage de la sonde à demeure ou d'un appareil quelconque introduit et laissé dans la fistule. Les phénomènes d'intolérance gastrique sont assez expliqués sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir le manque d'insalivation.

L'alimentation immédiate est sans danger lorsque l'ouverture de l'estomac a suivi sa fixation à un assez long intervalle. Mais quand le malade a été opéré un peu plus tard, quand le chirurgien a été obligé de fixer et d'ouvrir l'organe dans la même séance, il importe de prendre certaines précautions.

MM. Verneuil, Terrillon, Le Dentu ont commencé l'alimentation immédiatement et admis comme principe : peu à la fois et souvent.

M. Terrier préfère attendre que l'effet du chloroforme ne se fasse plus sentir, afin d'éviter les efforts de vomissement. Nous nous rangeons à cet avis. Mais il ne faut point oublier que par suite d'une longue abstinence l'estomac s'est ré-

tracté et qu'il ne reprendra que peu à peu ses fonctions longtemps interrompues. On devra donc faire prendre des aliments en petites quantités à la fois. Si la soif reste trop vive, malgré ces injections de liquide, on pourra la calmer en faisant sucer au malade quelques morceaux de glace; mais il doit bien se garder d'avaler quoi que ce soit, afin d'éviter les efforts de vomissement, nuisibles à la formation des adhérences. En suivant ces préceptes, on n'a pas à craindre des mouvements exagérés de l'estomac nécessités par la digestion, mouvements qui pourraient faire céder les sutures. Enfin, si malgré l'époque tardive à laquelle il a opéré, le chirurgien a le bonheur d'obtenir une assez longue survie, on voit le malade augmenter de poids, reprendre quelques forces et retirer ainsi de l'intervention un bénéfice relativement considérable.

Quant au pansement, il est aujourd'hui très simple. Lorsque les obturateurs étaient encore en usage, les environs de la fistule étaient protégés contre l'action du suc gastrique soit à l'aide de corps gras : vaseline boriquée, vaseline à l'oxyde de zinc, tampon de glycérine; soit à l'aide de sous-nitrate de bismuth. Le carbonate de magnésie était mis à profusion afin de neutraliser cette action. M. Terrillon pensait que l'agrandissement progressif de l'orifice stomacal, l'ulcération et la digestion des parois de l'abdomen et des tissus voisins tenaient à la qualité du suc gastrique de l'opé-

ré. Ce suc gastrique, d'après les analyses de MM. Gautier, Dujardin-Beaumetz et Debove, contenait un excès d'acide chlorhydrique, et on ne parait à cet inconvénient qu'en administrant à hautes doses le bicarbonate de soude et la craie préparée, soit dans l'estomac mélangés aux aliments, soit appliqués à l'extérieur dans les endroits irrités. Ces précautions sont aujourd'hui parfaitement inutiles. Tout au plus pourrait-on pendant les deux premiers jours qui suivent l'ouverture de l'estomac entourer de carbonate de magnésie la sonde qui doit y rester pour calibrer la fistule, car c'est le seul moment où l'on peut craindre l'issue du suc gastrique. Dans tous les autres cas, la gaze iodoformée suffit à assurer la propreté et le parfait état de la région. On y ajoute une couche de ouate stérilisée, et le tout est maintenu par un bandage de corps. En un mot, c'est le pansement ordinaire de toute plaie opératoire traitée conformément à la méthode antiseptique.

CONCLUSIONS

I. — La gastrostomie, dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, est une bonne opération palliative ; elle doit être préférée aux autres interventions, qui s'adressent à l'organe malade.

Elle est d'une exécution facile et sans aucune gravité. Les résultats, au point de vue de la survie, tiennent à l'étendue de la lésion et à l'envahissement des organes voisins.

Pratiquée avec une asepsie rigoureuse, elle est exempte de tout danger. Seule elle permet une alimentation facile et procure un grand soulagement.

II. — Mais pour obtenir ces bons résultats, il faut la pratiquer suivant certaines règles.

Si l'on admet que tout sujet atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage est condamné tôt ou tard à mourir de faim, et si, d'autre part, on considère les résultats déplorables des gastrotomies pratiquées au moment où les malades sont complètement cachectiques, on reconnaîtra qu'il vaut mieux intervenir à une période plus rapprochée du début de l'affection, c'est-à-dire dès que la nature du rétrécissement est diagnostiquée et lorsque le malade peut encore s'alimenter facilement.

III. — Mais pour épargner à celui-ci les ennuis

d'une bouche stomacale inutile pour l'instant où les voies naturelles lui permettent une alimentation suffisante, on devra scinder l'opération et l'exécuter en deux temps.

Le premier temps consiste à fixer l'estomac à la paroi par de solides adhérences (gastro-pexie). Ce traumatisme opératoire n'est point dangereux à ce moment, car l'état général du sujet est encore assez satisfaisant.

Le second temps (gastrostomie) consiste à ouvrir l'estomac. Il doit être pratiqué dès que le malade se trouve dans l'impossibilité d'absorber journellement la quantité de nourriture nécessaire à son alimentation.

IV. — On évitera l'issue des liquides de l'estomac et les accidents consécutifs à cette insuffisance de la fistule, en faisant cette ouverture à l'aide d'un ténotome ou d'un bistouri très étroit, et en lui donnant des dimensions aussi petites que possible, 3 à 4 millimètres au maximum. La sonde à demeure doit être absolument abandonnée; cet instrument ne sera introduit qu'au moment de l'alimentation.

Exécutée dans ces conditions, la ponction de l'estomac ne fait subir au malade aucun traumatisme appréciable; elle est simple, sans danger, permet l'alimentation immédiate et prévient mieux que tous les obturateurs l'écoulement des liquides gastriques.

V. — Comme on le voit, cette division a pour

but non pas seulement de permettre la formation d'adhérences avant l'ouverture de l'estomac, mais surtout de faire la gastropexie, temps le plus long et le plus difficile et par cela même le plus important au point de vue de la résistance de l'opéré, à une période où elle est facilement supportée.

VI. — Lorsque la dysphagie est très prononcée ou même absolue, l'intervention devient urgente et la gastrostomie en un seul temps s'impose. Cependant, même dans ces cas, le chirurgien hésite quelquefois et attend la formation d'adhérences; on voit alors chez quelques opérés la déglutition devenir possible par le seul fait de la gastropexie, et cette amélioration permet de remettre à plus tard l'ouverture de l'estomac qui semblait tout d'abord urgente.

VII. — Les lésions graves du cœur, des reins, du foie, des poumons, la trop grande faiblesse du sujet contre-indiquent la gastrostomie. Il en est de même dans certains cas, mais non toujours, de quelques affections chroniques telles que le diabète et l'albuminurie.

OBSERVATIONS

Nous avons cru bon, avant de donner nos observations inédites, de présenter un résumé très succinct de quelques-unes publiées dans ces trois dernières années, afin de mettre en évidence les avantages de la suppression complète des obturateurs de la fistule. Nous n'avons pas jugé utile de remonter plus loin, parce que dans ces observations les opérateurs, contrairement à leurs devanciers, avaient pris comme règle de conduite de faire une très petite incision ; et malgré cela les liquides gastriques ont fait irruption au dehors, précisément à cause de la présence dans la fistule d'appareils destinés à s'opposer à cet écoulement.

OBSERVATION I

(*Terrier, in Revue de chirurgie, mars 1890, p. 198*).

Homme de 67 ans. Rétrécissement infranchissable. Les solides ne passent plus ; les liquides seuls arrivent avec peine jusqu'à l'estomac. Gastrostomie en un seul temps, selon le procédé de M. Terrier, le 21 juin 1889. Une sonde en caoutchouc n° 22, fermée avec un fil de soie, est placée à frottement dur dans l'orifice. Une couche de collodion iodoformé est appliquée sur la plaie et tout autour pour, soi-disant, éviter l'action nuisible du suc gastrique. Mais deux jours après l'opération on trouve le collodion dé-

collé en partie et sur ses bords un petit sillon rouge formé par une fente de l'épiderme. La sonde est restée dans le trajet, mais elle n'a pas empêché l'écoulement d'une petite quantité de suc gastrique. Le jour suivant, la rougeur des bords de la plaque collodionnée augmente et il existe une petite ulcération circulaire. On renonce au collodion, et l'on remplace la sonde par un morceau de tube en caoutchouc, fermé à ses deux extrémités, long de douze centimètres et d'un calibre supérieur à celui de la sonde. De la ouate est glissée autour de ce tube pour éviter l'écoulement du suc gastrique. Mais on n'obtient pas le résultat cherché et, l'ulcération augmentant, on met à la place du tube une canule à chemise en caoutchouc. Rien n'y fait. On reprend l'ancien tube ; on enduit toute la surface cutanée de vaseline boriquée au 5^e. Le suc gastrique s'écoule toujours [et on n'arrive à guérir l'ulcération qu'en neutralisant l'effet du liquide stomacal au moyen de sachets de carbonate de magnésie disposés autour du tube. La peau ne redevient normale que le 1^{er} juillet.

Après avoir présenté une assez notable amélioration, le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe à la cachexie progressive le 25 septembre, soit trois mois et cinq jours après l'opération.

OBSERVATION II

(*Terrier, in Revue de Chirurgie, avril 1891, p. 308*).

Homme de 50 ans. Déglutition des liquides très pénible. Etat cachectique. Gastrostomie le 5 avril 1890 par le procédé de M. Terrier. L'ouverture est un peu grande ; elle a 10 à 12 millimètres de long. On y place à frottement doux une grosse tige de caoutchouc dont on se sert d'ordinaire pour faire les ligatures élastiques sur le pédicule

dans les ablations des myômes. Pansement avec la gaze au salol et les sachets au carbonate de magnésie. On entoure le tube de ouate. Le 8 avril, le pansement est teinté en vert par de la bile; l'ouverture artificielle pleine de glaires, laisse refluer le lait que l'on injecte dans l'estomac. La peau des bords de l'incision est rouge. l'orifice s'est agrandi, on met un tube plus gros. Les pansements sont toujours traversés, on est obligé de les renouveler très souvent. La rougeur s'étend jusqu'à l'ombilic et remonte jusqu'au rebord des fausses côtes. De plus, de chaque côté de la bouche stomacale, au niveau d'une surface triangulaire où la peau n'a pu être tout-à-fait réunie à la sereuse, il se fait une petite excavation résultant de la digestion des tissus par le suc gastrique. [L'orifice se dilatant toujours, l'alimentation étant impossible par suite du rejet des substances dans le pansement, le malade s'affaiblit de plus en plus; il a des gastrorrhagies abondantes. Les matières qui sortent de l'estomac répandent une odeur infecte. Enfin, le malade succombe le 29 avril, soit 24 jours après l'opération. Pas d'autopsie, mais le doigt introduit dans l'orifice stomacal sent facilement des noyaux néoplasiques dans l'intérieur de l'organe.

OBSERVATION III

(*Terrier, in Revue de chirurgie, avril 1891, p, 312*).

Homme de 48 ans. Déglutition des liquides très difficile. Alcoolisme. Tuberculose. Etat général mauvais. Gastrostomie le 20 juin 1890 par le procédé de M. Terrier. L'orifice reçoit une sonde urétrale n° 25. Pansement au salol et au carbonate de magnésie. Mais le contenu stomacal s'échappe par la plaie dont les bords sont érythé-

mateux. La fistule se dilate, l'obturateur devient insuffisant. Lorsqu'on enlève les sutures le 25 juin, les bords de l'incision sont rapprochés mais non soudés, les lèvres de la plaie s'écartent légèrement. On met un obturateur plus gros, on renouvelle fréquemment les pansements, mais le contenu stomacal s'écoule toujours au dehors, répandant une mauvaise odeur et digérant les bords de la fistule. Mise en place d'un obturateur encore plus gros. Les liquides s'échappent toujours. Les aliments pénètrent et restent moins facilement dans l'estomac. Le 5 juillet la peau a meilleur aspect. L'eau de lavage ramène quelques filets de sang coagulé noir. Le malade meurt brusquement le 26 juillet, soit 36 jours après l'opération. Bronchite généralisée, tuberculose. Cancer du cardia propagé à l'estomac.

OBSERVATION IV

(Delagenière, in Revue de chirurgie, avril 1891, p.322).

Homme de 54 ans, diabétique. Rétrécissement infranchissable. Etat cachectique, généralisation au foie, constatée au cours de l'opération, gastrostomie le 19 août 1890 par le procédé de M. Terrier. Obturateur en caoutchouc du n° 20 de la filière charrière. Pansement avec de la gaze iodoformée et de l'ouate de tourbe. Le 21, le pansement est traversé par le suc gastrique, la peau est rouge et commence à s'ulcérer ; l'obturateur est déjà insuffisant. Une partie des liquides ingérés passe par la fistule, et mouille le pansement. Malgré l'emploi des alcalins et d'obturateurs plus volumineux, le suc gastrique continue à ulcérer la peau. Le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 30 août, soit douze jours après l'opération. Pas d'autopsie.

Réflexions. — Dans ces quatre observations qui paraissent calquées l'une sur l'autre, on voit que l'introduction d'une sonde à demeure ou d'un obturateur n'a pas empêché l'écoulement des liquides venant de l'estomac. Bien plus, grâce à cette dilatation permanente, le suc gastrique a pu filtrer à travers la plaie, digérer ses bords et agrandir démesurément l'orifice. Et alors, l'obturateur devenu insuffisant et remplacé par un tube de plus gros calibre, a, par une déplorable fatalité, ouvert une voie encore plus large aux matières nuisibles et augmenté les ennuis et les dangers des suites opératoires. Aussi, moins de deux mois après l'opération que nous venons de citer (obs. IV), M. Delagenière remplaça-t-il l'obturateur par un condom introduit plissé dans la fistule. C'était un progrès, car cet appareil plus souple, se prêtant davantage à la compression exercée sur lui par les bords de la plaie, fut suffisant pour empêcher tout écoulement de liquides gastriques.

Mais M. Hartmann trouva mieux encore. Il supprima complètement l'obturateur.

OBSERVATION V.

(*Hartmann, in Bull. de la Soc. anat.* 1891. p. 417.)

Femme de 59 ans. Rétrécissement infranchissable. Déglutition des liquides des plus difficile. Etat cachectique, gastrostomie le 18 septembre 1890, par le procédé de M. Terrier. Pas d'obturateur. On introduit dans la fistule

une sonde molle rouge n° 13, exclusivement aux moments des repas. Aucun suintement des liquides gastrique. La malade se trouve beaucoup mieux : son facies s'est très amélioré. Elle se dit surtout satisfaite d'avoir vu disparaître immédiatement le crachotement continu qui la gênait beaucoup auparavant. Malheureusement, le 1^{er} octobre la malade est prise d'accidents de suffocation ; après une légère amélioration de quelques jours, les phénomènes asphyxiques reprennent et elle succombe le 8 octobre.

L'autopsie montre que le cancer, siégeant dans la première partie de l'œsophage, a envahi la trachée. Poumons congestionnés avec noyaux broncho-pneumoniques à leur base. Une sonde cannelée introduite par l'orifice cutané de la fistule permet de retrouver l'orifice stomacal caché par un pli de la muqueuse. Ces deux ouvertures sont petites et en entonnoir. Aucune trace d'ulcération à leur voisinage.

Réflexions. — Ainsi qu'on le voit, en comparant cette observation aux précédentes, c'est à l'absence d'obturateur qu'est due l'intégrité de la plaie et des tissus avoisinants ; car le procédé opératoire a été le même dans toutes. L'opération n'a donc été suivie d'aucun accident ; elle a de plus amené une amélioration réelle tant au point de vue du retour momentané des forces qu'à celui de la cessation de symptômes pénibles, tels qu'un crachotement continu de matières spumeuses et une sensation douloureuse augmentée constamment par les efforts de la déglutition. M. Hartmann insiste particulièrement sur la disparition du premier symptôme.

OBSERVATION VI.

(*Tillier, Thèse de Lyon. p. 69*).

Homme de 47 ans. Rétrécissement très serré ; les liquides seuls peuvent passer. Gastropexie pratiquée par M. Poncet le 23 juillet 1891. Amélioration, les liquides passent mieux. Mais le 31 août, le malade n'ayant rien pu avaler depuis deux jours, M. Poncet ouvre l'estomac. Incision très petite faite avec un ténotome ; sonde de Nélaton n° 11 qui permet l'injection immédiate de 150 grammes de lait. La sonde est enlevée le 3 septembre et n'est introduite qu'aux moments de l'alimentation. Aucun suintement ; amélioration passagère. Puis accidents asphyxiques ; enfin, le 20 octobre, 51 jours après l'ouverture de l'estomac, le malade succombe, vraisemblablement à la suite d'une pneumonie infectieuse.

OBSERVATION VII.

(*Nové-Josserand, in gaz. hebd. de méd. et de chir.,*
avril 1892, p. 208).

Homme de 57 ans. Vomissements survenant aussitôt après le repas ; déglutition des solides impossible ; cachexie, gastropexie pratiquée le 15 décembre 1891 par M. Poncet. Ouverture de l'estomac le 23, à l'aide d'un ténotome ; sonde uréthrale en caoutchouc n° 18 qu'on laisse à demeure quelques jours. Un peu d'écoulement du liquide stomacal. On retire la sonde le 25 pour ne l'introduire qu'au moment du repas. Plus de suintement. Amélioration de la déglutition au point qu'on peut suspendre l'alimentation artificielle. Etat général meilleur.

Le 22 janvier, on reprend l'usage de la sonde. Mort par péritonite vers le milieu de février. L'inflammation du péritoine était due à une perforation survenue au niveau d'un cancer du pylore reconnu pendant l'opération. Trajet fistuleux étroit, d'une longueur d'environ 2 centimètres à parois d'apparence cicatricielle.

Réflexion. — Cette observation est intéressante et très instructive. Le cancer du pylore, qui devait gêner considérablement la circulation des liquides dans le tube digestif, n'a pas empêché la fistule d'être parfaitement suffisante; et cela parce qu'il n'y avait aucun corps étranger dans le trajet. En effet, pendant les quelques jours qu'on a laissé une sonde à demeure destinée à calibrer la fistule, l'écoulement s'est produit, mais il a cessé aussitôt qu'on l'a retirée.

OBSERVATION VIII.

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Homme de 46 ans. Déglutition des liquides seule possible. Amaigrissement, pas de cachexie. Gastropexie le 24 décembre 1891, puis gastrostomie le 31. Pas de sonde à demeure, pas d'écoulement de liquides. Mort le 23 janvier après avoir présenté un point de côté et de la toux.

OBSERVATION IX.

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Homme de 56 ans. Amaigrissement notable, pas de cachexie. Depuis deux jours rien ne passe. Gastropexie

le 16 janvier 1892. Amélioration telle que les aliments solides eux-mêmes peuvent passer. Mais le 24 février on est obligé d'ouvrir l'estomac. Sonde n° 12 laissée à demeure pendant deux jours ; écoulement de liquides. Le 26, on retire la sonde et tout l'écoulement disparaît. Le 9 mars le malade, bien qu'il ait un peu maigri, conserve un état général assez bon.

Dans les quatre observations qui vont suivre, la gastropexie seule a pu améliorer la déglutition à ce point que les malades sont morts sans qu'on ait été amené à leur ouvrir l'estomac. D'autres n'ont pas été revus même après plusieurs semaines. Ces observations ne sont pas les seules qui présentent cette particularité ; dans quelques-unes de celles que nous rapportons, ce fait est signalé.

OBSERVATION X.

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Femme de 55 ans. Amaigrissement notable, pas de cachexie. Les liquides seuls peuvent passer. Gastropexie le 16 novembre 1891. Amélioration très marquée de la déglutition qui permet à la malade de s'alimenter suffisamment par les voies naturelles. Elle quitte l'hôpital le 30, conservant un état général assez bon. On ne l'a pas revue.

OBSERVATION XI.

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Femme de 49 ans. Amaigrissement, pas de cachexie. Rétrécissement ne laissant passer que les liquides. Gastro-

pexie le 22 décembre 1891. Amélioration considérable de la déglutition. D'après les renseignements du médecin qui l'a soignée chez elle, l'alimentation par la bouche aurait continué d'une façon suffisante et la malade serait morte vers le milieu de février 1892 d'une maladie intercurrente.

OBSERVATION XII

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Femme de 59 ans. Rien ne passe. Gastropexie le 8 janvier 1892. La déglutition s'améliore notablement. Mais la malade meurt le 18 de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XIII.

(*Nové-Josserand, loc. cit.*)

Homme de 52 ans. Amaigrissement léger, état général assez bon. Les liquides passent difficilement. Gastropexie le 18 février 1892. Le malade peut s'alimenter d'une façon très suffisante par la voie buccale. Il quitte l'hôpital le 26, et on ne l'a pas revu à la date du 5 avril.

Les observations qui vont suivre sont toutes inédites (1). Elles ont été gracieusement mises à notre disposition par MM. Schwartz, Ch. Monod, P. Reynier et Hartmann, chirurgiens des hôpitaux. Dans toutes, sauf la XIX^e, le succès opératoire a été incontestable.

(1) Nous devons faire observer cependant qu'il a été publié un court résumé de la XX^e dans la Revue gén. de clin. et de thérapeutique 1893. p. 50.

Les résultats consécutifs ont été variables, mais d'une façon générale les malades ont été améliorés et la fistule a bien fonctionné.

OBSERVATION XIV.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Gastrostomie en un seul temps. Amélioration passagère. Mort par cachexie et broncho-pneumonie deux mois et six jours après l'opération. (Observation communiquée par M. Hartmann).

L... âgé de 50 ans, entre le 7 novembre 1891 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Les parents sont morts de cause inconnue à un âge avancé.

Antécédents personnels. — Il n'a fait aucune maladie sérieuse, ni dans son enfance ni à l'âge adulte. Jamais de syphilis. Pas d'alcoolisme.

Vers le mois de mai 1891, il commença d'éprouver de la gêne pour avaler les solides mal mâchés ; il n'éprouvait aucune douleur, mais il avait la sensation de l'arrêt du bol alimentaire, et immédiatement une régurgitation amenait le rejet de la bouchée trop volumineuse. A cette période le malade déclare formellement n'avoir avalé aucun liquide chaud ou corrosif et ne signale aucune période douloureuse aiguë. Jusqu'au mois d'août, en mâchant avec soin, le malade continua à pouvoir avaler de la viande.

A partir de cette date il se nourrit exclusivement de bouillons, lait, soupes et cervelles et cela jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Il n'a jamais eu de vomissements véritables, mais il rejetait par régurgitation les aliments trop volumineux im-

médiatement après les avoir avalés ; ces matières rendues ne renfermaient pas de sang et il n'éprouvait aucune douleur.

Le malade déclare que son amaigrissement a débuté vers le mois de mai, avant que la gêne pour la déglutition ne se fit sentir ; depuis lors cet amaigrissement a été progressif. Au début du mois de septembre, il ne pesait que 69 kilogr. au lieu de 84 un an auparavant. Les forces ont notablement diminué.

En même temps que la dysphagie se montrait, la voix devenait un peu rauque, et cette raucité avait une intensité variable.

Etat actuel. — 7 novembre. Le facies est amaigri et un peu fatigué, mais n'a pas la teinte jaune paille des cancéreux ; le poids est de 65 kilog.

La déglutition des solides est impossible, et le malade accuse l'obstacle arrêtant le bol alimentaire comme siégeant derrière le manche du sternum.

Le cathétérisme montre que l'arrêt existe à 24 centimètres des incisives. Il n'y a ni vomissements ni douleur. Garde-robe tous les jours.

La voix est toujours rauque, mais il n'y a pas de gêne respiratoire. Le malade tousse assez, et cette toux survenant sans quinte amène un crachotement de matières spumeuses, surtout marqué la nuit. Pas de point de côté.

A l'auscultation, on ne trouve rien dans les plèvres. Les poumons sont légèrement emphysémateux.

Pas de troubles circulatoires. Pas de compression des vaisseaux. On ne constate pas non plus d'engorgement des ganglions sus-claviculaires.

Les urines sont normales.

Gastrostomie. — L'opération est pratiquée par M. Hartmann, avec l'aide de MM. les docteurs Michaux et Broca, le 15 novembre.

Incision parallèle au rebord costal gauche, à un bon travers de doigt au-dessous de ce rebord. Cette incision, longue de 12 centimètres, commence à 2 centimètres au-dessous et en dehors de l'appendice xiphoïde. Les plans musculo-aponévrotiques sont incisés couche par couche.

Après avoir fait une hémostase complète par la ligature des vaisseaux, on ouvre le péritoine. Des pinces à pression fixent la séreuse. Le doigt va à la recherche de l'estomac qui glisse à plusieurs reprises. Se guidant alors par la vue et par le toucher, le chirurgien pince sa face antérieure un peu au-dessous de la petite courbure et l'attire dans la plaie. Puis faisant glisser de gauche à droite cet estomac, il cherche à se rapprocher du cardia. Mais le viscère ne se laisse pas attirer facilement et on ne peut y parvenir.

Sept points de suture à la soie chargent à deux reprises la séreuse stomacale et le péritoine pariétal en empiétant un peu sur la couche musculaire. Comme dans l'angle supérieur l'intervalle entre les deux points est un peu grand, on ajoute un point supplémentaire simple. Chaque fil est entrecroisé avec son voisin, puis noué en dehors de la couche musculaire qu'il étreint. Ainsi se trouve fixée à la paroi une portion d'estomac large comme une pièce de un franc.

Le reste de la plaie péritonéale est fermé par deux points à la soie au-dessus, par quatre au-dessous.

De même pour les couches musculaires et la peau. Deux crins cutanés chargent en passant la séreuse stomacale.

Pendant toutes ces manœuvres, la partie de l'estomac sur laquelle on allait établir la fistule était maintenue au-dehors par une anse de soie qui transfixait ses tuniques. Cette anse sert encore à la fin de l'opération à tendre la paroi fixée pendant qu'on incise l'estomac dans une très petite étendue.

Quatre points à la soie fixent la muqueuse stomacale aux lèvres supérieure et inférieure de l'incision.

Pansement iodoformé.

15 novembre soir. — Le malade va très bien ; son facies n'est nullement fatigué. Le pansement n'est pas traversé. Pas de douleurs abdominales. Le malade n'éprouve pas une soif très vive. Il a un seul vomissement. Il est seulement gêné par un crachotement incessant de matières filantes et spumeuses. La température est normale.

16 novembre. — La nuit a été bonne. Les crachotements ont persisté. On ne touche pas au pansement et on fait prendre au malade un peu de lait et d'eau de Vichy par la bouche.

17 novembre. — Très bon état. Les crachotements sont moins fréquents le jour que la nuit. On ne touche pas encore au pansement et on donne la même alimentation que la veille.

18 novembre. — L'état du malade est toujours bon. On fait le premier pansement depuis l'opération ; aucun suintement par la fistule. On ne constate aucune rougeur ni au niveau des points de suture ni autour de la fistule. On introduit une sonde en caoutchouc rouge n° 14 trempée dans de l'huile phéniquée ; elle entre à frottement. On donne 45 centilitres de lait. Lorsqu'on retire la sonde, rien ne reflue par la fistule. La même ouate est appliquée sur la plaie. La poudre de bicarbonate de magnésie n'est plus employée ; on la remplace par de l'iodoforme.

Le soir le malade avait bien digéré ; il a pris par la voie buccale une certaine quantité de lait.

Le malade continue à aller bien, mais il crache toujours beaucoup. A partir du 19, on injecte du lait par la sonde.

21 novembre. — Première garde-robe avec lavement. On injecte par la sonde un litre de lait plus un jaune d'œuf. Ce régime est continué le lendemain.

23 novembre. — On enlève les crins cutanés ; on laisse en place les deux crins cutané-séreux. Ceux qui unissent la muqueuse à la peau commencent à couper. Aucun suintement ; pas d'érythème. C'est toujours l'ouate du premier pansement qui sert.

Le matin, 75 centilitres de lait et 2 jaunes d'œuf.

Le soir, 75 centilitres de lait et 1 jaune d'œuf.

24 novembre. — On enlève les fils séro-cutanés. On donne matin et soir 75 centilitres de lait et 2 jaunes d'œuf. Ce régime est continué les trois jours suivants.

28 novembre. — On donne un repas de plus par la sonde ; il consiste en un demi-litre de lait et un jaune d'œuf injectés à 7 heures du matin.

29 novembre. — Même régime. Le malade se lève pour la première fois.

Du 30 novembre au 11 décembre, on ajoute à son régime une cuillerée de poudre de viande prise à midi. Le malade boit en outre deux ou trois verres de lait. Il se lève, va régulièrement à la garde-robe. Les crachotements ont diminué. Rien ne s'écoule par la fistule. La température reste normale.

11 décembre. — Le soir, pour la première fois, le malade se sent plus fatigué ; il tousse et sa température monte à 38°.

14 décembre. — Temp. 38°. Il se produit des quintes de toux qui causent un peu d'écoulement par la fistule. On constate de la submatité et une diminution du murmure vésiculaire à gauche. Le malade a moins bonne mine et se fatigue.

17 décembre. — Il y a eu encore un peu de suintement par la fistule, et le pansement est rougi par du sang sur l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Durant la fin de décembre, l'état du malade devient plus mauvais. Il tousse beaucoup, et cette toux amène l'issue d'un peu de liquide stomacal. Léger érythème sur

une étendue de 2 à 3 centimètres autour de la fistule. Il crache en grande quantité des matières spumeuses. On essaie de calmer la toux par de l'iodure de potassium et de l'extrait thébaïque. L'amaigrissement fait des progrès.

13 janvier. — La température est de 38°5. Le malade s'alimente moins bien. L'expectoration devient de plus en plus purulente. On entend aux deux bases des crépitations fines à l'inspiration et à l'expiration.

18 janvier. — L'état du malade devient grave. Il ne se lève pas et a perdu toute énergie morale. Il existe une petite fistule au niveau de la cicatrice au-dessous de l'ouverture de l'abdomen.

21 janvier. — Mort due à la cachexie progressive et à une broncho-pneumonie.

L'autopsie n'a pu être faite.

Réflexions. — Dans ce cas, l'amélioration due à la gastrostomie ne peut être contestée. Malheureusement la broncho-pneumonie est venue troubler cet état et hâter la fin du malade. L'écoulement des liquides gastriques a été provoqué ici par une toux quinteuse ; en dehors de ces efforts la fistule a été parfaitement suffisante.

OBSERVATION XV

Rétrécissement cancéreux ? de l'œsophage au voisinage du cardia. Gastrostomie en deux temps séparés l'un de l'autre par un intervalle de 106 jours. Survie qui persiste un an après l'ouverture de l'estomac.

(Les éléments principaux de cette observation nous ont été fournis par M. Ch. Monod).

Emile P..., cuisinier, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 2 septembre 1891.

Ce malade, placé à son entrée dans le service de M. le professeur Hayem, raconte que depuis le mois de juin 1891 il avait de la difficulté pour avaler ; les aliments solides passaient avec peine. Après ses repas, il avait des régurgitations et rendait, dit-il, des matières analogues à du blanc d'œuf.

Cet état est allé en s'aggravant jusqu'au mois de septembre de la même année, époque à laquelle un peu de lait seulement pouvait passer à travers son œsophage.

P... est un homme de haute taille, de constitution vigoureuse. Jusqu'à l'époque actuelle il n'a jamais souffert d'aucune maladie. Comme renseignements sur ses antécédents héréditaires, il nous dit que son père est mort à la suite d'une fièvre muqueuse et sa mère hydropique ; c'est tout ce que nous avons pu savoir.

M. Hayem essaya de passer des sondes, mais ce fut avec de grandes difficultés qu'il parvint à franchir le rétrécissement, et encore dut-il employer des bougies très fines. Quoique le malade se rappelle avoir éprouvé à plusieurs reprises des sensations de brûlure au niveau de l'œsophage au moment où il goûtait les sauces et les bouillons, nous ne croyons pas à un rétrécissement ayant pour origine ses brûlures. Si les liquides avaient été assez chauds pour produire une lésion de ce genre, les réflexes pharyngiens n'auraient point permis leur introduction dans l'œsophage, étant surtout donné les conditions dans lesquelles ils étaient ingurgités. Le sujet, en effet, était prévenu ; tandis que les brûlures de l'œsophage surviennent le plus souvent lorsqu'un individu avale les liquides bouillants par mégarde.

P... affirme, en outre, qu'il n'a jamais avalé aucun liquide caustique. Il ne paraît pas avoir de grandes habitudes alcooliques. Pas de syphilis. Point d'engorgement ganglionnaire. Il n'a jamais souffert localement. Néan-

moins son poids qui, le 2 septembre, était de 84 kilogr., n'avait cessé de diminuer; le malade, bien que non cachectique, était cependant très affaibli, lorsque vers le 15 novembre les liquides commencèrent de passer avec plus de peine encore.

Le 23 novembre, il pesait 68 kilogr. 500, soit une diminution de poids de 15 kilogr. 500. En présence de cette obstruction presque complète et de cette diminution de poids, on avait fait passer le malade dans le service de M. Monod.

A ce moment, le malade pouvait encore s'alimenter, mais d'une façon manifestement insuffisante. M. Monod ne crut pas devoir attendre pour intervenir que l'obstacle fût absolu. Il pensa d'autre part qu'il pouvait suffire de fixer dans un premier temps l'estomac à la paroi abdominale; l'ouverture de la bouche stomacale étant réservée pour le jour où l'alimentation par cette voie deviendrait absolument nécessaire.

Gastropexie. — C'est le 24 novembre 1891 que la gastropexie fut pratiquée. Le malade fut soumis à l'anesthésie par le chloroforme qu'il supporta sans aucun incident. L'opération fut conduite de la façon suivante.

1° *Incision* longue de 6 à 7 centimètres, commençant au niveau du 9^e cartilage costal, et se poursuivant obliquement en haut; le long du rebord costal, à 2 centimètres de ce rebord. Section couche par couche de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles et aponévroses sous-jacents. Après hémostase complète, on ouvre le péritoine qui est aussitôt repéré avec des pinces.

2° *Recherche de l'estomac.* — On n'aperçoit tout d'abord dans le champ de l'ouverture faite au péritoine que de la graisse jaune épiploïque qui ne se laisse que difficilement écarter. Il faut enfoncer le doigt vers le foie, le glisser au-dessous de lui pour ramener dans la plaie une partie blan-

che qui n'est autre que l'estomac, reconnaissable d'ailleurs à l'épiploon qui s'insère sur son bord. M. Monod essaie alors d'apprécier quelle est la partie de l'estomac qui a été saisie. Pour cela, il l'attire un peu au-dehors et croit reconnaître que le point qu'il touche avoisine le pylore. Désirant au contraire s'éloigner de cet orifice il fait peu à peu glisser de haut en bas la paroi stomacale entre ses doigts, de façon à se rapprocher le plus possible de la grande courbure. Il ne s'arrête dans cette manœuvre qu'au moment où, pour maintenir dans la plaie, la partie saisie, il est obligé d'exercer une traction un peu forte.

3° *Fixation de l'estomac.* — La région choisie est peu vasculaire ; elle est prise dans les mors de deux pinces à forcipressure qui sont confiées à un aide.

Le procédé de sutures suivi est essentiellement celui qui a été indiqué par MM. Terrier et Delagenière dans la Revue de chirurgie (1890), à cette différence près que le malade étant très fortement charpenté et l'estomac malgré les tractions exercées demeurant éloigné de la paroi abdominale, il fut impossible de passer les fils en un seul temps de la dite paroi dans l'estomac. M. Monod plaça tout d'abord ses fils, au nombre de 9 (3 à droite, 4 à gauche parallèles à la direction de l'incision des parties molles, 2 aux extrémités, perpendiculaires aux précédents), dans l'épaisseur de la paroi stomacale ; tous les chefs de ces fils sont ensuite repris avec une petite aiguille de Reverdin traversant tout l'épaisseur de la paroi abdominale, peau exceptée. Ils sont alors solidement noués et coupés au ras. Cette suture achevée limite une petite zone de l'estomac qui apparaît au centre de la couronne de fils comme du petit bourrelet rouge, long de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 au plus.

Tous ces points de suture ont été faits avec de la soie fine. De nouveaux points, ceux-ci au catgut, comprenant

le péritoine pariétal et une partie des tissus mous voisins, ferment le péritoine au-dessus et au-dessous de la portion de l'estomac fixée.

4° *Fermeture de la plaie abdominale.* — Elle est obtenue à l'aide de sutures à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, peau comprise. Le point qui correspond au bourrelet stomacal fixé est seul réservé. Pour retrouver facilement celui-ci plus tard, M. Monod place deux fils à la soie qui embrassent toutes les parties molles (peau exceptée) à droite et à gauche de ce bourrelet, et dont les chefs conservés sortent par l'orifice réservé au milieu de la plaie suturée.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Il n'y eut aucune réaction ni locale, ni générale. La plaie des parties molles se réunit par première intention ; un léger suintement se produisit le long des fils d'attente ; mais il se tarit bientôt.

L'alimentation ne fut aucunement facilitée tout d'abord. Bien au contraire, pendant le mois qui suivit l'opération, le malade continua à perdre de son poids. Il pesait 68 kilogr. 500 le 23 novembre ; huit jours après il était tombé à 65 kilogr. 500. Il resta à ce taux jusqu'au 20 décembre. Mais à partir de ce jour les pesées régulièrement faites tous les huit jours accusèrent une augmentation croissante. Elle fut telle que le 28 février 1892, soit trois mois après l'intervention, le malade était arrivé à 72 kilogr.

Une nouvelle décroissance se produisit alors, répondant à une difficulté plus grande opposée au passage des aliments qui restaient exclusivement liquides (lait, bouillons). Le 6 mars le poids n'était plus que 70 kilogr ; quatre jours après, le 10, un nouveau kilogramme était encore perdu. Il était permis de supposer que cette chute ne pouvait que s'accroître ; d'ailleurs, le passage des liquides devenait tellement pénible que le malade lui-même demandait secours. Le 14 mars le malade était arrivé à 68 kilogr.

Ouverture de l'estomac. — M. Monod ne crut pas devoir différer plus longtemps le second temps de l'opération: l'ouverture stomacale. Celle-ci, pratiquée le 10 mars, fut obtenue de la façon la plus simple. A ce moment la plaie produite par la première opération était réduite à un orifice punctiforme traversé par les deux fils d'attente. Ce fut le long de ces fils et en se guidant sur eux qu'un trocart à hydrocèle fut enfoncé jusqu'à sensation de résistance vaincue. Le trocart est alors retiré, mais la canule laissée en place.

Une sonde en caoutchouc rouge de petit calibre fut poussée à travers la canule jusque dans l'estomac et à l'aide de cette sonde on administra immédiatement au malade un peu de lait.

Le lendemain la canule fut enlevée et la sonde en caoutchouc rouge directement introduite dans le trajet. Elle ne fut pas laissée à demeure.

A partir de ce jour le malade a toujours pu lui-même introduire sa sonde aux heures fixées pour son alimentation. Jamais le suc gastrique n'a reflué par l'orifice. Aussi la peau au pourtour de la fistule est-elle restée toujours indemne.

L'orifice de la fistule est très petit; il admet avec un peu de peine une sonde n° 14, de la filière Charrière. A diverses reprises même, l'introduction de cette petite sonde est devenue impossible; il a toujours suffi d'une tige de laminaire maintenue dans le trajet pendant quelques heures pour lui rendre un calibre suffisant.

Depuis la deuxième intervention, le malade s'alimente en partie par l'ouverture stomacale, en partie par la bouche, mais difficilement par celle-ci. Il prend chaque jour environ trois litres de lait dans lesquels il met deux grandes cuillerées de poudre de viande; le matin il bat deux œufs crus dans son potage et le soir il prend un litre de bouillon. Il injecte lui-même ces liquides dans son esto-

mac au moyen d'une seringue en verre au bout de laquelle est adaptée une sonde en caoutchouc rouge. Il a augmenté de poids progressivement, de telle sorte qu'en août 1892, il avait regagné 83 kilogr. Mais depuis lors il a un peu perdu et depuis le mois de janvier 1893, il se maintient à 79 kil. 500. Il a toujours des régurgitations ; elles ont même augmenté depuis le début de sa maladie. A chaque gorgée de liquide qu'il prend, il les éprouve. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

P... a conservé un aspect extérieur assez bon ; son facies n'est point amaigri d'une façon notable. Cependant il n'a point repris beaucoup de forces. Il se lève et se promène tous les jours, mais il se fatigue vite et se sent incapable d'un travail un peu pénible. Il a parfois des maux de tête et des cauchemars.

Néanmoins, en présence de cet état général qui se maintient depuis déjà longtemps, et si l'on tient compte, en outre, de la longue survie du malade, une question se pose : Est-il réellement atteint d'un cancer de l'œsophage ?

Nous avons déjà émis des doutes sur les brûlures dont parle P... et qui auraient pu être la cause de son rétrécissement. Si, d'autre part, on considère que ce malade n'est pas un profond alcoolique, on comprendra aisément que nous ne puissions admettre une œsophagite par suite d'irritations provoquées par le passage de liqueurs alcooliques.

Il n'a jamais souffert localement, ce qui, avec l'absence de troubles digestifs, semble exclure également l'ulcère simple de l'œsophage signalé par M. Debove, et analogue à l'ulcère simple stomacal. Avons-nous affaire à une tumeur extra-œsophagienne qui comprimerait le conduit sans que les tuniques fussent lésées ? Rien ne l'indique, ni compression d'autres organes tels que l'aorte, les bron-

ches ou les filets nerveux qui se rendent aux organes thoraciques ou abdominaux, ni troubles dans les fonctions des divers viscères qui pourraient l'avoisiner. Reste le cancer latent de l'œsophage. Serait-ce une tumeur de ce genre, qui ne manifesterait sa présence que par de la dysphagie ? Sans oser l'affirmer, nous sommes portés à le croire, car ce n'est pas non plus un spasme d'origine névropathique. On pourrait, il est vrai, nous opposer la longue survie du malade, qui a subi la gastrostomie depuis un an. Mais il existe des observations de rétrécissements cancéreux de l'œsophage où les survies ont été aussi longues. Un opéré de Murphy n'est mort que 406 jours après l'opération ; Whilhead, de Manchester, a constaté une survie de treize mois chez un de ses gastrotomisés et de douze mois et demi chez un second ; le malade de Morison n'est mort que le 407^e jour après l'opération. Malgré l'affaiblissement et la diminution de poids qu'a subis P.... depuis le mois de décembre 1892, cette considération est suffisante pour augmenter notre doute.

Toutefois, si P... a pu s'alimenter pendant de longs mois, s'il a repris un certain embonpoint, l'amélioration des fonctions de son œsophage n'a point marché parallèlement à celle de sa santé générale. Après une légère diminution de la dysphagie, la sténose s'est accentuée et le malade aujourd'hui n'avale presque plus aucun liquide. Son alimentation se fait entièrement par la fistule.

Déjà au mois de mai 1892, M. Hayem avait essayé de passer des sondes à travers le rétrécissement, mais les plus fines se recourbaient sans pénétrer. Ces tentatives répétées plusieurs fois furent toujours infructueuses. Actuellement, le rétrécissement est aussi infranchissable qu'à cette époque là.

Réflexions. — Si dans ce cas le diagnostic est douteux, bien qu'il soit permis de pencher vers le

cancer, les bons résultats du manuel opératoire ne peuvent être contestés. La fistule, très petite, admettant à frottement une sonde n° 14, n'a jamais laissé passer au dehors une goutte de liquide stomacal. Les bords sont toujours secs et en très bon état. La partie stomacale fixée s'est cutisée et l'on ne voit au dehors qu'une légère dépression de la peau, qui marque l'entrée du trajet.

De plus, le malade a été très amélioré, et s'il n'a pas repris beaucoup de forces, du moins il a été sauvé par l'opération d'une mort certaine. La perte de poids éprouvée depuis quelques mois et l'absence de forces sont en faveur d'un néoplasme.

OBSERVATION XVI.

Cancer de l'œsophage. Gastrostomie en deux temps séparés l'un de l'autre par un intervalle de deux jours. Mort subite seize jours après l'opération.

(Communiquée par M. le Dr Reynier, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon).

Perr... Pierre, âgé de 56 ans, est entré dans le service de M. Reynier le 9 février 1892, venant de médecine où on l'a gardé tant qu'il a pu avaler des substances liquides. Ces substances ne pouvant plus être dégluties, on le fait passer en chirurgie.

Le malade est très faible, émacié, mais ayant encore le pouls bon. M. Reynier pratique la gastrostomie dès le lendemain.

Chloroformisation facile.

Incision sur la ligne médiane. Avec les doigts, par des tractions, on amène un point éloigné de six centimètres du pylore, en contact avec la paroi abdominale. On l'y fixe au moyen de sutures à la soie sans ouvrir l'estomac.

On n'observe à la suite de l'opération aucune élévation de température.

Pendant deux jours on soutient le malade avec des lavements de peptone dans lesquels on ajoute des œufs. Le troisième jour on ouvre l'estomac, en faisant un orifice permettant le passage d'une sonde n° 18, par laquelle on nourrit le malade. Cette sonde n'est introduite dans la fistule qu'au moment des repas et n'est point laissée à demeure.

La nourriture se compose d'œufs, de bouillon et de peptone.

Autour de la plaie, pour éviter toute digestion par le suc stomacal s'il sortait, on saupoudre avec du bicarbonate de soude et du sous-nitrate de bismuth.

Pendant huit jours, le malade supporte très bien cette nourriture. Mais au bout de ce temps, les bords de la plaie rougissent et s'étendent en circonférence; l'ouverture s'agrandit un peu.

Cependant si un peu de suc gastrique sortait malgré la compression faite avec un tampon de ouate boriquée, le malade paraissait supporter bien sa nourriture, lorsque le 25 février il fut pris d'étouffement, et le 26 il mourait subitement, 16 jours après son opération. Dans les deux derniers jours la température montait.

A l'autopsie, on trouve que la suture de l'estomac avait porté à sept centimètres du pylore; c'était donc à un centimètre près ce qu'on avait cru faire pendant l'opération.

La cause de la mort était due à une perforation de l'œsophage au niveau du cancer, qui siégeait au-dessous des gros vaisseaux à la partie moyenne. Il y avait du sang et

de la sérosité dans la plèvre du côté gauche. Tous les ganglions du médiastin étaient pris.

OBSERVATION XVII.

Carcinome de l'œsophage. — Gastropexie. — Mort deux mois après par perforation de l'aorte.

(Cette observation, recueillie, par M. Isch Wall, nous a été communiquée par M. Reynier).

W..., Constant, cordonnier, âgé de 60 ans, entré à l'hôpital Ténon, dans le service de M. Reynier, dans le courant du mois d'avril 1892.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Ce malade a encore sa mère qui est âgée de 86 ans ; il a perdu son père du choléra à 56 ans. Il a eu un frère et une sœur qui n'ont jamais été malades.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Fièvre typhoïde à 15 ans ; cette affection a duré six mois et lui a laissé une certaine faiblesse de la vue.

De 15 à 38 ans très bonne santé.

A l'âge de 38 ans (en 1870), le malade fut obligé de s'aliter pendant trois semaines pour une affection caractérisée par la perte de l'appétit, une constipation opiniâtre et des douleurs dans tout l'abdomen. Le ventre était ballonné et très dur. Le médecin qui soignait W... lui aurait dit que ses intestins étaient « noués ensemble ». L'estomac, pendant cette maladie, n'était pas douloureux. La digestion, bien que lente, se faisait régulièrement et la déglutition n'offrait aucune gêne spéciale ni pour les solides ni pour les liquides.

Après cette maladie, W... a retrouvé sa bonne santé qui s'est maintenue jusqu'à il y a deux ans.

A cette époque, le malade prit d'un dégoût très marqué pour la viande ; la digestion était pourtant bonne et il ne ressentait aucune douleur abdominale ni stomacale.

Dix-huit mois plus tard, sans aucune cause apparente, il fut pris de vomissements au moment même où il prenait son repas. A partir de ce moment il fut en proie aux mêmes vomissements à presque tous ses repas. La soupe descendait bien, mais les autres aliments provoquaient les vomissements.

La constipation devint opiniâtre.

Les vomissements offrirent certaines particularités : ils n'étaient ni acides ni amers ; ils ne comprenaient pas la totalité des mets avalés ; ils étaient mêlés de glaires blanchâtres en grande abondance, mais jamais ils n'en furent teints de sang. Le malade commençait à manger, puis après quelques bouchées il ressentait à la gorge une sensation de constriction très pénible accompagnée du sentiment de l'occlusion de l'œsophage. C'est alors que le rejet des matières se produisait.

Peu à peu la fréquence des vomissements augmenta et le malade arriva à ne pouvoir plus rien avaler ni garder ; sa salive même était rendue après s'être accumulée dans l'œsophage.

A l'entrée à l'hôpital. W.... peut parfois absorber des potages au tapioca, mais il dit qu'il ressent toujours un resserrement de la gorge et que du vermicelle ne passerait certainement pas.

En dehors de cette gêne de la déglutition, il ressent dans la poitrine des douleurs qu'il compare à des pointes que l'on enfoncerait ; il souffre également dans l'estomac.

Pas de signes de syphilis ni de tuberculose.

Le malade a énormément maigri ; actuellement, en effet, il est squelettique.

Gastropexie le 22 avril 1892. Incision verticale sur la

ligne blanche. On arrive sur le foie, et l'estomac que l'on attire dans la plaie est fixé par quatre points à la soie à toute l'épaisseur de la paroi, y compris le péritoine.

Quelques points complémentaires fixent le péritoine pariétal au péritoine viscéral en empiétant sur les muscles de la paroi. On n'ouvre pas l'estomac. Pansement à la gaze salolée.

Après cette opération on est très surpris de voir le malade prendre des aliments liquides avec facilité. Depuis dix jours il ne pouvait rien avaler et de suite après l'intervention il put prendre deux litres de lait par jour sans avoir le moindre vomissement.

Le 6 mai on retire les fils et l'on continue les pansements salolés.

L'alimentation reste facile ; on n'a pas besoin d'ouvrir l'estomac. Le 16 mai, le malade prend des potages ; il a même pu avaler un biscuit trempé dans du vin.

Il reste toujours maigre, mais pourtant il reprend de mine. Il n'a plus l'aspect terreux qu'il offrait auparavant. Les vomissements ne reparaissent plus. Le malade a assez de force pour se lever et se promener dans la salle.

Le 17 juin, il se plaint de malaises indéfinissables, mais continue à prendre du lait et des potages.

Le 18, il veut se lever et meurt subitement.

Autopsie. — Volumineux carcinome de la partie inférieure de l'œsophage propagé en arrière jusqu'à l'aorte et ayant déterminé une hémorrhagie foudroyante par envahissement de la paroi aortique.

Ganglions du médiastin envahis.

L'estomac, petit, rétracté, est solidement fixé à la paroi abdominale. Le point suturé à la paroi correspond au milieu de la face antérieure de l'organe, près de la grande courbure.

Il faut dire que lors de l'opération on a, avant de faire

la suture, fortement attiré l'estomac vers la droite afin de s'éloigner le plus possible du pylore, et le résultat opératoire, vérifié à l'autopsie, répond absolument au but cherché lors de l'intervention.

La striction exercée par le néoplasme est telle que l'on peut faire passer dans l'œsophage au niveau du point rétréci une sonde n°22.

Le carcinome est ramolli vers le centre et l'on peut facilement avec le doigt l'effriter. Malgré ce ramollissement, le malade, comme nous l'avons dit, n'a jamais eu d'hémorrhagie.

Les pièces provenant de cette autopsie sont encore conservées par M. Danseux, interne du service.

OBSERVATION XVIII.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Gastrostomie en un seul temps. Mort de cachexie trois mois et demi après l'opération.

(Observation communiquée par M. Reynier).

D... 50 ans, entre le 27 juillet 1892 à l'hôpital Ténon, dans le service de M. Reynier, venant de médecine.

Aucun antécédent héréditaire notable.

Le malade, jusqu'au moment où il est entré à l'hôpital pour l'affection qui l'amène dans le service, n'a jamais eu rien de sérieux. Pas de syphilis, pas de tuberculose.

Il a commencé à souffrir en décembre et en janvier dernier. Il se plaignait alors d'une sensation de brûlure au moment du passage des aliments. Depuis cette époque, la gêne de la déglutition a augmenté peu à peu.

Aujourd'hui, 27 juillet, le passage de tous les aliments solides est impossible. Le malade ne peut avaler que le lait, les liquides. Au réveil, il a des vomissements filants

et glaireux. Vomissements alimentaires quand il essaie de prendre des aliments autres que les liquides. Les vomissements surviennent immédiatement après leur ingestion. Le malade accuse néanmoins un appétit très marqué et il n'a aucun dégoût pour la nourriture.

Amaigrissement très marqué depuis deux ou trois mois. Il ne présente aucun trouble de la respiration.

Athérome très marqué. Emphysème pulmonaire.

Cathétérisme avec la bougie olivaire. Cette bougie, la plus fine, est arrêtée à la partie inférieure de l'œsophage et est ramenée couverte de matières sanguinolentes.

Gastrostomie le 30 juillet. — Chloroforme sans accident.

Incision sur la ligne médiane. On tombe sur la grande courbure à gauche du pylore ; par de légères tractions on amène l'estomac à la plaie, on essaie de poser les fils et de faire l'ouverture le plus loin possible du pylore.

On fixe l'estomac à l'incision cutanée par une série de points à la soie, et on pratique une ouverture permettant seulement l'entrée d'une sonde.

Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération sont très simples. Pas de fièvre.

Dès le lendemain on nourrit le malade par la sonde.

Le 15 août, il se levait et quittait l'hôpital.

Les bords de la plaie étaient un peu rouges, mais l'ouverture s'était à peine agrandie.

Il n'introduisait la sonde qu'au moment où on lui injectait dans l'estomac sa nourriture.

J'ai eu des nouvelles par le médecin qui le soignait. Après avoir paru reprendre des forces, le 10 septembre il s'alitait de nouveau, était pris de phénomènes d'intolérance gastrique et mourait le 15 septembre. L'autopsie n'a pu être faite, le malade étant mort chez lui.

OBSERVATION XIX.

Double rétrécissement de l'œsophage par anévrysm de la crosse de l'aorte et par cancer du cardia. Gastrostomie en un seul temps. Mort quarante jours après l'opération.

(Observation communiquée par M. le docteur Hartmann, chirurgien des hôpitaux).

K..., Henry, marchand de chaussures, âgé de 60 ans, entre le 28 septembre 1892 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial.

Antécédents personnels. — Depuis six ans, le malade est atteint de bronchite chronique. Il semble avoir eu une poussée aiguë il y a 6 ans et une autre le 26 décembre dernier. Pas de toux coqueluchoïde.

Au mois de novembre 1891, il a eu un zona intercostal droit qui a duré 15 jours. Ce zona occupait les espaces intercostaux du 3^e au 5^e.

Au mois de janvier 1892, K... a commencé à souffrir de troubles dyspeptiques; il avait perdu l'appétit. Il avait aussi des pituites matinales qu'expliquent ses habitudes alcooliques.

K... rapporte le début des troubles de la déglutition au commencement du mois de juillet 1892. Il était obligé de mâcher longuement et d'insaliver avec abondance les aliments; il devait en outre relever le menton et tendre le cou pendant qu'il avalait.

Il a remarqué qu'à certains jours les solides étaient plus facilement déglutis que les liquides. Lorsqu'il avalait des solides et des liquides mélangés, il se faisait dans son

œsophage une sélection : les premiers passaient, les seconds étaient rejetés.

Mais depuis les premiers jours du mois d'août, la déglutition des solides est impossible. Les liquides seuls peuvent passer ; seulement leur déglutition est suivie du rejet d'une masse de matières glaireuses. Il lui arrive quelquefois de rester toute une journée sans rien prendre.

Depuis une huitaine de jours, les efforts de déglutition sont véritablement douloureux et le malade a la sensation d'une « vis qui lui serrerait le cou ». Cette sensation, il la rapporte à la partie supérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. La pression des deux premiers anneaux de ce conduit est douloureuse.

Il y a trois jours seulement (depuis le 25 septembre) que le malade est dans l'impossibilité d'avaler un aliment quelconque, même liquide. Quand le lait est pris en petite quantité, il n'est pas rejeté immédiatement. Le malade a la sensation d'une augmentation du volume du cou, puis au bout d'un espace de temps variant d'une demi-heure à une heure, il rejette le liquide absorbé plus ou moins altéré et mélangé à des glaires. Ces régurgitations sont précédées de gargouillement au niveau du cou. En outre du lait, il rend aussi des glaires en dehors de ses repas, surtout quand il est couché sur le côté droit.

État actuel. — 28 septembre. — Le malade est très amaigri ; le ventre est excavé. Le cou ne paraît pas augmenté de volume. En déprimant les régions carotidiennes, on a en arrière de la trachée une sensation de plénitude, et on détermine de la douleur en un point correspondant aux trois ou quatre premiers anneaux de la trachée. Si, saisissant cet organe et plongeant les doigts en arrière de lui, on ordonne au malade d'exécuter des mouvements de déglutition, on a la sensation d'une poche montant et

descendant, et s'emplissant d'un liquide qui gargouille sous les doigts.

On sent dans la région sus-claviculaire du côté droit des ganglions du volume d'un gros pois, durs, indolents, mobiles, constituant une chaîne qui remonte sous la partie profonde du trapèze. Pas de ganglions à gauche.

Une sonde n° 12 introduite dans l'œsophage pénètre dans une cavité où elle se recourbe sans aller au-delà de la fourchette sternale. Une certaine quantité de lait injectée par cette sonde reflue au dehors lorsqu'on a fait pénétrer la valeur d'un grand verre, ce qui donne approximativement la dimension de la poche.

Quand on fait boire au malade un verre de lait, il rejette immédiatement la moitié du liquide absorbé, puis quelques minutes plus tard l'autre moitié. La quantité de liquide déglutée est insignifiante.

Un peu d'emphysème pulmonaire. Râles sibilants. Respiration sifflante. Constipation opiniâtre.

Gastrostomie. — Le 30 septembre, on intervient chirurgicalement. Le malade est anesthésié par le docteur Bourbon, suivant le procédé mixte employé dans le service (bromure d'éthyle, puis chloroforme). Avec l'aide de MM. Touche et Magill, ses élèves, M. le docteur Hartmann pratique la gastrostomie.

Incision parallèle au rebord costal gauche, à un doigt au-dessous. Section successive des divers plans musculaires de la paroi jusques et y compris le péritoine, qui est pris et attiré avec des pinces à pression. Dans l'angle supéro-interne de la plaie on voit le foie, dans tout le reste l'épiploon et le côlon transverse. Avec le doigt suivant la face inférieure du foie, on sent une série d'artères dures comme des tuyaux de pipes et de petits ganglions; finalement M. Hartmann accroche et amène dans l'incision l'estomac réduit à une masse charnue dont le volume est

moindre que celui du côlon. A peu près vers le milieu de sa longueur et sur sa face antérieure, il pratique la gastrostomie. Il y a entre les gros vaisseaux qui partent des coronaires et des gastro-épiploïques à peine assez d'espace pour circonscrire par la couronne de fils séro-séreux une zone libre de gros vaisseaux, tant l'estomac est rétracté. M. Hartmann place 8 fils séro-séreux ; 3 sur la lèvre supéro-externe, 3 sur l'inféro-interne, et un dans chaque angle.

Les parois stomacales sont incisées couche par couche entre deux pinces et suivant l'axe de la plaie. Les bords de l'incision muqueuse sont suturés à la peau ; mais cette suture est imparfaite, aussi la complétons-nous, dit M. Hartmann, par des sutures situées à chaque angle et intermédiaires à la séro-séreuse et à la muco-cutanée. Ces deux derniers fils chargent les tuniques externes de l'estomac, puis chacune des lèvres cutanées et ils sont noués.

La peau est suturée au-dessus et au-dessous de l'ouverture stomacale à l'aide de crins de Florence.

On applique sur la plaie un pansement au bicarbonate de soude afin de neutraliser l'effet du suc gastrique s'il s'en écoulait un peu.

La température, qui était de 36° 2 au moment de l'opération, descend le soir à 35° 5, mais pour remonter progressivement les jours qui suivent jusqu'à 38° 4 le 3 octobre. Le malade meurt le 4 avec une température de 36° 5, sans avoir présenté beaucoup de réaction apparente.

Autopsie. — Péritonite suppurée préépiploïque et sus-hépatique. Il existait entre les plans musculaires et la séreuse, au voisinage de la fistule, un foyer suppuré communiquant en un point avec la grande cavité séreuse et ayant été très probablement le point de départ des accidents péritonéaux. La suture muco-cutanée n'était du

reste pas exacte et le canal muqueux incomplet suivant l'axe de l'incision.

Anévrysme de la crosse de l'aorte comprimant l'œsophage d'une manière manifeste et rétrécissement épithéliomateux du cardia, avec engorgement de ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique.

Réflexions. — « Par suite des difficultés opératoires tenant à la rétraction excessive de l'estomac, la portion circonscrite par la couronne de sutures séro-séreuses a été trop petite ; de là, une impossibilité d'amener un pli d'estomac dans l'incision cutanée ; de là, une suture muco-cutanée imparfaite et partant une infection de la paroi, infection propagée au péritoine.

Nous attirerons l'attention sur ce fait qu'il n'y a eu ni ballonnement abdominal, ni vomissements, ni élévation de température et que la péritonite suppurée ne s'est accompagnée chez ce malade que de symptômes réactionnels à peine marqués (urines un peu chargées, rejet bilieux le dernier jour par la fistule au moment de l'alimentation). Ce fait doit mettre en garde contre le dire des chirurgiens, qui, en l'absence d'autopsie, attribuent au choc, à l'épuisement, des morts qui, en réalité, relèvent de phénomènes infectieux, peu remarqués parce qu'ils ne s'accompagnent pas du cortège symptomatique violent auquel on est accoutumé » (Hartmann).

Nous ferons remarquer cependant que si le malade n'a eu ni ballonnement abdominal ni vomis-

sements, il a eu néanmoins une élévation de température. Pour un malade dont l'hypothermie est l'état habituel dans les derniers temps de l'existence, une température de 37°5 peut-être regardée comme de l'hyperthermie. C'est une fièvre relative, c'est vrai, mais il faut en tenir compte. En outre, il y a eu rejet bilieux, par la fistule. Nous accordons volontiers qu'il y a loin de là aux vomissements de la péritonite et que ce petit incident n'était point pour faire soupçonner l'inflammation de la séreuse. En somme, ainsi que le fait observer M. Hartmann, point de symptômes réactionnels violents : mais fièvre relative. On comprend aisément cette absence de signes ; les malades, en effet, sont trop faibles pour lutter et réagir.

OBSERVATION XX.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Gastropexie. Amélioration de la déglutition.

(Observation communiquée par M. Brésard, interne des hôpitaux).

Vict. L..., âgé de 52 ans, entre le 21 octobre 1892 à l'hôpital Saint Antoine dans le service de M. Monod.

A cette époque, le malade présente un état général assez satisfaisant. Bien que depuis longtemps il se nourrisse difficilement, il a conservé un certain degré d'embonpoint. Il présente néanmoins une teinte jaune paille très accusée de toute la peau et en particulier du visage. Actuellement, les aliments même liquides passent très difficilement. Il est nécessaire que tous les deux ou trois jours on passe

dans l'œsophage une bougie n° 18 pour aider à la déglutition. Cette sonde passe avec peine et ramène des filets de sang.

L'obstacle semble siéger au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du conduit.

Le malade n'a pas de régurgitations.

Le 29 octobre, la dysphagie est absolue ; le lait ne passe pas. On pratique alors la gastropexie.

Gastropexie. — Incision oblique du rebord costal gauche, à un bon travers de doigt de ce bord, partant du neuvième cartilage costal et se poursuivant en haut dans une longueur de 6 à 7 centimètres. On incise couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculo-aponévrotique dont les bords sont saisis avec des pinces à pression.

L'estomac est trouvé aussitôt. Pendant qu'un aide le maintient au dehors avec les doigts, on procède à sa fixation par 8 points de suture à la soie fine : 2 points d'abord sont placés aux extrémités de l'incision ; ils comprennent le péritoine pariétal et même l'aponévrose du transverse, le péritoine stomacal en sêton, puis le péritoine pariétal et l'aponévrose du côté opposé. Entre ces deux points extrêmes, trois points sont placés sur chaque lèvre de la plaie ne comprenant que le péritoine viscéral et le péritoine pariétal.

Ces points circonscrivent ainsi une surface stomacale de la dimension d'une pièce de 1 franc environ,

Les fils sont coupés au ras, sauf les deux qui sont situés sur le milieu de chaque lèvre de la plaie ; ils sont destinés à servir de guide pour la ponction ultérieure de l'estomac.

Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessus et au-dessous de l'estomac par des sutures au crin de Florence.

L'opération a duré 45 minutes.

Pendant les deux jours qui suivent, le malade est soutenu par des lavements nutritifs ; le champagne lui-même ne passe pas.

Dès le cinquième jour, L... peut prendre un peu de lait et de bouillon.

Le premier pansement est levé le 8^e jour ; on trouve un peu de suppuration au niveau de la plaie, sans que la température ait subi une élévation pouvant la faire soupçonner. Le pansement est renouvelé tous les deux jours.

La déglutition devient de plus en plus facile, si bien que le malade, dont la plaie est complètement guérie trois semaines après l'opération sans autre accident, quitte l'hôpital au bout de cinq semaines.

Il prend assez facilement du lait, du bouillon additionné de poudre de viande et de jaunes d'œuf.

Dans ces conditions, l'ouverture de l'estomac est remise à une date ultérieure. Le malade se trouve considérablement amélioré dans son état, et la déglutition lui est plus facile qu'elle ne l'a été depuis plusieurs mois malgré le passage des bougies dilatatrices ; et cela par le seul fait de la gastropexie. Cette amélioration se maintient, et à la fin de février 1893, le malade n'est point encore venu demander qu'on lui pratiquât la gastrostomie.

Réflexions. — L'amélioration de la déglutition, dans ce cas, survenue cependant le 5^e jour, est manifeste. L'opération, sauf un léger incident qu'il faut probablement attribuer à un fil insuffisamment stérilisé, n'a présenté aucune gravité. Le 3 mars, nous sommes allé prendre des nouvelles de ce malade et nous avons appris ceci. Depuis qu'il a quitté l'hôpital, L... a continué à s'alimenter assez facilement à l'aide des liquides ; il était même par-

venu à avaler parfois des petits morceaux de viande bien mâchée. Mais au bout de quelque temps, il éprouva des douleurs intolérables au niveau du néoplasme ; de fréquents accès de suffocation vinrent encore affecter le moral du malade qui, finalement, dans un de ces accès, se jeta par la fenêtre dans la nuit du 26 au 27 février.

OBSERVATION XXI

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Gastrostomie en deux temps séparés l'un de l'autre par un intervalle de sept jours. Succès. Amélioration considérable.

(Cette observation, qui nous a donné l'idée de ce travail, est due à l'obligeance de M. le docteur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin).

Philippe M..., 61 ans, tonnelier, entre le 19 novembre 1892 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Schwartz.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 68 ans d'une tumeur intra-abdominale. D'après le dire du malade, il n'aurait été souffrant que 15 jours. Il aurait eu une ascite considérable, ayant nécessité la ponction. Le médecin lui dit que cette ascite était sous la dépendance d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche dont le malade ne soupçonnait pas la présence. On ne peut avoir d'autres renseignements à ce sujet.

Rien à signaler chez les autres parents.

Antécédents personnels. — Ils n'offrent rien de particulier se rapportant à l'affection actuelle. M... a toujours joui d'une bonne santé ; quoiqu'il n'ait jamais été gras, il

a toujours eu beaucoup de vigueur. Point de maladies aiguës. Rien dans son histoire ne permet de supposer que nous ayons affaire à un rétrécissement cicatriciel.

Les premiers signes de l'affection actuelle sont apparus brusquement il y a 14 mois. Jusque-là, il n'avait éprouvé à aucun moment de gêne de la déglutition. A cette époque, à la suite d'un refroidissement, prétend-il, et ayant déjeuné comme d'habitude le matin, il s'est trouvé à midi dans l'impossibilité d'avaler quoi que ce soit. Il resta ainsi pendant sept jours. Au bout de ce temps, un médecin qu'il était allé consulter fit des séances de dilatation à la suite desquelles la déglutition redevint sinon facile, au moins possible pour les aliments hachés menus et liquides. Du reste, la gêne de la déglutition était très variable ; tantôt il avalait assez facilement, tantôt il sentait que les aliments ne descendaient pas ; et il lui arrivait de rendre, au bout de quelques instants de séjour dans l'œsophage, ce qu'il venait d'ingérer.

A plusieurs reprises, il a vomi quelques filets de sang, mais jamais il n'a eu d'hématémèse considérable.

Il a beaucoup maigri et perdu de ses forces, surtout dans ces derniers temps où les symptômes s'étaient accentués.

Il ne tousse pas, digère très bien, n'a jamais présenté de troubles hépatiques ni urinaires.

Il y a huit jours, il a été repris d'une impossibilité absolue d'avaler ; tout ce qu'il prend est presque immédiatement rejeté sans avoir pénétré dans l'estomac. Il se décide à consulter un médecin qui, après quelques tentatives infructueuses de cathétérisme, l'adresse à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz.

État actuel. — On se trouve en présence d'un malade amaigri, mais pas à un degré extrême, et ne présentant point de signes de cachexie. Pas de teinte spéciale qui

fasse supposer celle-ci. Le visage est assez fortement coloré. Le malade ne ressent aucune douleur et ne se plaint d'aucune autre gêne que celle de la déglutition.

A l'examen, on constate par le cathétérisme explorateur que le rétrécissement siège un peu au-dessous de la partie moyenne de l'œsophage. L'instrument est arrêté brusquement à 30 centimètres des arcades dentaires. La bougie conductrice ne donne aucun résultat, pas plus qu'une sonde en gomme ordinaire de petit calibre. On arrive cependant après quelques essais à passer une sonde correspondant au n° 13 de la filière charrière, et on en profite pour lui injecter du lait, du vin, du bouillon.

Le rétrécissement est assez serré, paraît peu extensible; il semble bien qu'il est unique.

Le malade ne présente point de ganglions sus-claviculaires, ni en aucune autre partie du corps. Pas de signes de compression ou d'irritation des organes intra-thoraciques.

Les urines sont abondantes et claires. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine. On trouve 25 gr. 70 d'urée par litre.

Les tentatives de cathétérisme sont continuées les jours suivants, mais avec des alternatives de succès et d'insuccès, et l'on est obligé de recourir aux lavements nutritifs.

Le succès de ces tentatives paraît dépendre beaucoup des qualités de l'instrument. Quand la sonde est trop flexible, son extrémité se recourbe, elle ne passe pas; quand elle est trop rigide on n'arrive pas davantage à franchir le rétrécissement. Les efforts que fait le malade dans ces moments-là sont fréquemment suivis de l'expulsion de quelques mucosités sanguinolentes.

Lorsque la sonde parvient à passer, on alimente le malade en lui injectant du lait, du bouillon, des œufs et du vin. A la date du 21 novembre, le malade pèse 43 kilog.

Jusqu'au 26 novembre, on a régulièrement sondé le malade trois fois par jour et on lui a fait prendre dans les vingt-quatre heures 2 litres de lait, 3 œufs et du vin. Il digère parfaitement, n'a jamais eu de nausées ni de vomissements. On essaie de passer des sondes plus volumineuses; on y parvient une fois, mais des tentatives ultérieures échouent.

A la suite de cette alimentation, le malade se sent mieux. Il est particulièrement très heureux d'avoir vu disparaître la sensation continuelle de soif qu'il éprouvait auparavant. Par moments, il arrive à déglutir un peu spontanément, mais cette amélioration ne persiste pas et on est obligé de recourir de nouveau à la sonde.

Le 28 novembre, le poids du malade est de 47 kilog. Le 2 décembre, les tentatives de cathétérisme échouent; on nourrit le malade au moyen de lavements. Les sondes étant en mauvais état, on essaie des instruments neufs qui passent.

Mais en présence de ces difficultés, M. Schwartz ne croit pas devoir attendre que le malade s'affaiblisse de plus en plus. Il pense que la gastrostomie a plus de chance de réussir à ce moment que plus tard. Aussi la propose-t-il au malade qui accepte aussitôt.

Gastropexie. — Elle est pratiquée le 5 décembre, sous le chloroforme. L'anesthésie ne donne lieu à aucun incident.

On fait l'incision classique de Labbé; elle part du niveau du cartilage de la neuvième côte et mesure 6 centimètres de long. On trouve dans l'incision le lobe gauche du foie qui remplit complètement le champ opératoire. On est obligé d'aller à la recherche de l'estomac au-dessous de son bord inférieur. On amène d'abord le côlon transverse, puis l'estomac qu'on est obligé d'attirer en avant. Il est maintenu au dehors avec une pince de Kocher placée

à 3 centimètres de la grande courbure. On passe deux fils de soie n° 0 dans les deux angles de la plaie pariétale et dans la tunique du viscère, sans toutefois la traverser dans toute son épaisseur. Puis on applique de chaque côté six points de suture séro-séreux accolant l'estomac avec le péritoine pariétal. Cela fait, M. Schwartz pratique une seconde série de sutures au crin de Florence, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et la paroi musculo-séreuse du viscère, au niveau des languettes péritonéales comprises entre les points de suture de la première série.

Un fil de soie est passé à la partie centrale du champ gastrique suturé pour servir de point de repère lorsqu'on voudra ouvrir l'estomac. La plaie pariétale est fermée au-dessus et au-dessous par quelques sutures au coin de Florence, de telle sorte qu'on aperçoit au milieu de la plaie un petit bourrelet de la dimension d'une pièce de un franc, et qui n'est autre que l'estomac.

On fait un pansement iodoformé par dessus lequel on applique de l'ouate stérilisée.

Le malade a parfaitement supporté l'opération. Il peut avaler un peu les premiers jours qui la suivent ; le passage de la sonde étant facile, on le nourrit en même temps par son intermédiaire. Il ne ressent aucun trouble à la suite de ces injections de liquides alimentaires.

Mais au 7^e jour, la scène change ; la sonde ne passe plus, la déglutition de tout aliment est impossible, le malade rend des mucosités sanguinolentes et d'une odeur gangréneuse.

Ouverture de l'estomac. — M. Schwartz établit alors, le 12 décembre, la fistule gastrique en suivant obliquement l'estomac, au niveau du fil de soie laissé comme guide, avec un bistouri très mince. Il ne se produit aucun écoulement sanguin. On introduit immédiatement dans

cette ouverture une sonde en caoutchouc rouge n° 14 que l'on fixe à la paroi avec un crin de Florence et par laquelle se fera l'alimentation pendant les trois premiers jours. La sonde est bien dans l'estomac, car elle laisse écouler quelques liquides contenus dans ce viscère.

Le lendemain on ne constate aucun écoulement de suc gastrique entre la sonde et les parois de la fistule. L'alimentation par la sonde se fait régulièrement ; tout fonctionne très bien. Le malade digère à merveille ; toujours aucun suintement.

A partir du 18 décembre, la sonde n'est plus introduite qu'au moment de l'alimentation. La fistule est parfaitement suffisante, et les bords de la plaie sont absolument intacts. Le malade pèse 46 kilog. 500.

A plusieurs reprises il a craché un peu de sang.

Il apprend à placer lui-même sa sonde et à y injecter ce qu'il doit prendre ; dans l'intervalle il ne s'écoule rien par le petit orifice qui n'admet le tube en caoutchouc qu'à frottement.

M... quitte le service le 25 décembre, dans un état satisfaisant.

Il revient nous voir le 12 janvier 1893. La déglutition s'est améliorée. Le malade avale beaucoup plus facilement les liquides, panades, etc. La fistule fonctionne toujours bien ; mais elle admet avec quelque difficulté la sonde en caoutchouc rouge. M... nous prévient, d'ailleurs, qu'il l'a fait pénétrer mais après quelques tâtonnements.

Séance tenante, M. Schwartz fait un peu de dilatation graduelle avec les bougies olivaires n° 16 à 18, puis il fixe une sonde en caoutchouc rouge à l'aide d'un crin de Florence. Cette sonde, destinée à dilater le trajet, sera enlevée au bout de quelques jours et ne sera remise ensuite qu'au moment des repas.

L'état général est excellent et l'opéré est très satisfait parce qu'il avale beaucoup plus facilement. Son alimentation se fait en partie par la fistule, en partie par les voies naturelles. Son facies est toujours très coloré. Il a augmenté de poids, car celui-ci est de 54 kilog.

La sonde exploratrice retrouve toujours le rétrécissement au même niveau et avec les mêmes caractères que lors du premier examen : dureté, irrégularité, saignement facile, tous caractères qui, vu l'âge du patient, ont confirmé le diagnostic de rétrécissement par un épithélioma de l'œsophage.

Le 14 février, M... revient nous voir à l'hôpital Cochin. Son état général est toujours excellent ; la déglutition reste possible pour les liquides et les aliments demi-liquides. Le cathétérisme avec une sonde n° 14 a été assez facile. La fistule ne laisse échapper aucun liquide stomacal et le malade est toujours très satisfait.

Le 7 mars, le malade est revu dans un état général aussi satisfaisant que le mois précédent.

OBSERVATION XXII.

Epithélioma du pharynx. Dysphagie. Gastrostomie en deux temps séparés l'un de l'autre par un intervalle de quatre jours. Amélioration.

(Observation communiquée par M. Schwartz.)

Madeleine O... 39 ans, domestique, entre le 9 février 1893 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Schwartz.

Nous ne trouvons rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a deux frères et six sœurs, tous bien portants.

Jusqu'à l'âge de 21 ans elle n'a jamais été malade. Mais à cette époque, elle a été prise brusquement pendant son

repas d'une gêne très marquée de la déglutition. Cette dysphagie passa par des alternatives d'amélioration et d'aggravation, car de temps en temps la malade avalait avec difficulté et les aliments n'arrivaient à passer qu'avec beaucoup de peine.

Depuis quatre à cinq mois, la dysphagie a augmenté. Les liquides seuls ou le pain bien mâché peuvent passer à travers l'œsophage. Les autres aliments restent à l'entrée et la malade les sent arrêtés à la gorge.

A l'examen, on trouve la trachée et le larynx refoulés en avant ; ce dernier semble aplati d'avant en arrière. On sent la tumeur surtout à droite, qui repousse ces deux organes. Elle est formée par une masse qui remonte et descend avec le tube laryngo-trachéal. Le cartilage cricoïde se sent bien en avant. On ne trouve qu'un ganglion à droite.

Le voile du palais remue bien. Le réflexe pharyngien est aboli.

On sent bien l'épiglotte et l'entrée du larynx ; mais l'orifice de l'œsophage est dévié vers la gauche ; il est impossible d'y pénétrer.

L'exploration digitale de la gorge provoque des crachats sanguinolents, le doigt rencontre au fond une masse de bourgeons.

La voix est altérée, signe de la compression des récurrents. Pas de troubles respiratoires.

La malade est très amaigrie, mais non cachectique. On juge convenable de ne point attendre un affaiblissement plus considérable et on propose la gastrostomie.

Gastrostomie. — Cette opération est pratiquée le 14 février. Au moment où M. Schwartz se prépare à inciser les téguments, la malade, anesthésiée par le chloroforme cesse de respirer ; mais quelques secondes de respiration artificielle à l'aide des bras relancent les mouvements de

la cage thoracique, et l'opération se poursuit sans aucun autre incident.

Incision classique de 7 centimètres. A l'ouverture de l'abdomen on ne voit tout d'abord aucun organe. Mais une pince de Kocher introduite dans l'abdomen ramène une partie charnue que l'on reconnaît être le pancréas. En suivant la face inférieure du foie on arrive après quelques tâtonnements sur l'estomac qui est reconnu à l'épaisseur de ses parois et à sa couleur d'un blanc rosé. Saisi avec deux pinces de Kocher en deux points de sa face antérieure près de la grande courbure, il est attiré au dehors. On passe alors deux fils de soie dans les deux angles de la plaie pariétale et dans la tunique du viscère, sans toutefois traverser la muqueuse. Puis on applique de chaque côté quatre points de suture sero-séreux à la soie, de façon à fermer la cavité péritonéale. Cela fait, M. Schwartz fait une seconde série de sutures au crin de Florence comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et les couches séreuse et musculuse de l'estomac, au niveau des languettes péritonéales comprises entre les fils de la première série. Un fil de soie, passé à la partie centrale du champ gastrique suturé, servira de guide pour l'ouverture de l'estomac.

La plaie pariétale est fermée au-dessus et au dessous à l'aide de crins de Florence, de telle sorte qu'on aperçoit au milieu de l'incision un bourrelet rouge de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, fermé par l'estomac.

Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate stérilisée.

La malade a parfaitement supporté l'opération. Elle ne s'est point ressentie de l'incident survenu au cours de l'anesthésie. La déglutition s'est améliorée pendant quelques jours. Mais l'alimentation n'est point prise en quantité suffisante.

Ouverture de l'estomac. — Aussi M. Schwartz décide

t-il d'ouvrir l'estomac. Le 18 février, une ponction est faite avec un bistouri très étroit ; la boutonnière a à peine 4 ou 5 millimètres. Une sonde cannelée introduite par l'orifice joue librement à l'intérieur du viscère. On fixe à demeure une sonde en caoutchouc rouge n° 14, par laquelle la malade est alimentée trois fois par jour.

Le 20 au matin, en défaisant le pansement, on trouve la sonde hors de l'estomac ; le fil qui la fixait à la paroi s'était rompu. Cette expulsion n'a eu aucun inconvénient, car le trajet était déjà calibré. Aussi n'a-t-on pas remplacé la sonde qui n'est introduite qu'au moment des repas. Tout le temps que cet instrument est resté à demeure, aucun suintement ne s'est produit entre les bords de l'incision et lui, et depuis qu'il a été enlevé, on n'a constaté aucune insuffisance de la fistule. Les bords de la plaie ont un très bon aspect. La malade se sent beaucoup mieux ; elle a repris quelques forces. Son facies, quoique pâle et encore amaigri, dénote plus de satisfaction qu'avant l'intervention. Malheureusement la malade n'a point été pesée avant l'opération ; mais sa santé est sûrement améliorée.

Le 24, on enlève les points de suture au crin de Florence ; les parties superficielles de l'incision dans chaque angle de la plaie ne sont point encore complètement réunies ; mais les adhérences gastro-pariétales sont en parfait état, ainsi que les parties profondes, dont la réunion s'est bien effectuée. Aucun suintement ne se produit par la fistule.

La malade se lève pendant quelques heures le 28 ; elle est présentée par M. Schwartz à la Société de chirurgie à la séance du 1^{er} mars. Son état général est toujours satisfaisant.

Réflexions. — Dans cette observation aussi bien

que la précédente, on est intervenu avant la cachexie, mais à un moment où l'alimentation devenait manifestement insuffisante. Néanmoins, les malades n'étaient point affaiblis et ils ont parfaitement résisté au traumatisme. L'amélioration de la déglutition n'a été que passagère. Mais nous ferons remarquer surtout le parfait état des téguments autour de la fistule et l'absence de tout écoulement de liquides provenant de l'estomac. C'est grâce aux petites dimensions du trajet fistuleux et à l'absence de tout instrument dans sa lumière que les anciens inconvénients ont été évités.

En outre, l'amélioration de l'état général a été rapide et considérable. L'observation XX est plus concluante parce qu'elle est plus ancienne, mais nous ne doutons pas que dans la dernière les résultats ne soient par la suite aussi satisfaisants.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Outre les ouvrages indiqués dans le cours de ce travail, on pourra consulter utilement les publications suivantes :

L.-H. PETIT. — Traité de la Gastrostomie. Paris 1879.

— in Revue des sciences médicales de Hayem, 1880, t. XVI, p. 746.

DUPAU. — De l'Intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif sauf le rectum. Thèse d'agrégation, 1883.

MORELL-MACKENSIE. — Gastrostomy, œsophagostomy and internal œsophagotomy in the treatment of stricture of the œsophagus. American Journal of medical sciences. Philadelphia, avril 1883, new series, t. LXXXV, p. 420.

A. BLUM. — Archives générales de médecine, 1883, t. II, p. 573-586.

VERNEUIL. — Revue de chirurgie 1884, t. VI, p. 905. (Congrès de Copenhague).

FAUCON. — Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1884.

DAUSSE. — Thèse de Bordeaux, 1884.

WHITEHEAD REID. — Gastrostomy in malignant disease of œsophagus. Saint-Barth. hosp. rep. London 1884, t. XX, p. 117.

GROSS. — (Philadelphia) American Journal of medical sciences juillet 1884, p. 69.

COHEN. — Thèse de Paris, 1885.

QUETSCH. — Thèse de Strasbourg, 1886.

NICAISE. — Semaine médicale 1885, p. 304, et Gazette des hôpitaux, 10 juillet 1888.

GODET. — De l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes. Th. de Paris, 1887.

LEYDEN et RENVERS. — Behandlung der Carcinomatösen Oesophagusstrictur. Deutsche med. Wochenschrift 1887 n° 50.

PLICQUE. — Etude critique sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Annales des maladies de l'oreille, 1888, t. XIV, p. 381.

TERRILLON. — Gazette des hôpitaux, 1888, p. 513.

SCHWARTZ. — Semaine médicale, 1888, p. 337 et Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1893, p. 50.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. II, p. 483.

LAFOURCADE. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1891, p. 549.

VINANT. — Thèse de Paris, 1889.

BULLETINS et MÉMOIRES de la Société de chirurgie de 1883 à 1892.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique, p. 717.

Enfin, les divers traités de chirurgie et de pathologie externe, en particulier l'excellent article de M. Hartmann sur le cancer de l'œsophage in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, p. 486.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1

PREMIÈRE PARTIE

HISTOIRE ET CRITIQUE

Chapitre I ^{er} . — Des divers moyens de traitement du cancer de l'œsophage	7
Chapitre II. — Histoire de la gastrostomie. — Résultats. . .	13
Chapitre III. — Causes de sa gravité. — Ses indications . .	23

DEUXIÈME PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE

Chapitre I ^{er} . — Notions anatomiques.	35
Chapitre II. — Première phase : Gastropexie	40
A. — Incision de la paroi abdominale	41
B. — Recherches de l'estomac	47
C. — Fixation de l'estomac	48
Chapitre III. — Deuxième phase : Gastrostomie.	55
A. — Moment d'ouvrir l'estomac	55
B. — Manière d'ouvrir l'estomac	58
Chapitre IV. — Soins consécutifs.	78
Conclusions	85
Observations.	88
Index bibliographique.	137
